

Université de Montréal

Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans
le secteur de la santé au Québec : comparaison de deux centres hospitaliers

Par
Claudia Rossignol

École de relations industrielles
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès science (M.Sc.)
en relations industrielles

Mars 2017

© Claudia Rossignol, 2017

Résumé

Le recours au temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières dans le secteur de la santé du Québec est une pratique qui est de plus en plus dénoncée à travers les médias par les infirmières et par les acteurs syndicaux. Le contexte politique et socio-économique dans lequel évolue le système public de la santé influence grandement son fonctionnement. Plusieurs réformes du secteur de la santé ont vu le jour au fil des années, ce qui a eu pour effet de modifier sa structure et par le fait même, d'amener d'importants changements au niveau de l'organisation du travail des infirmières et de l'aménagement des temps de travail. Cette recherche tente de répondre à la question de recherche suivante : quelle est l'influence des modes d'organisation du travail et de l'aménagement des temps de travail sur le recours au temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières? La comparaison de deux centres hospitaliers permettra de comprendre pour quelles raisons certains établissements ont plus souvent recours au temps supplémentaire obligatoire que d'autres. Ainsi, cette recherche permettra de comprendre quels modes d'organisation du travail ou de gestion des temps de travail ont des effets plus significatifs sur le recours au temps supplémentaire obligatoire.

Plusieurs études traitent des effets qu'entraîne l'usage du temps supplémentaire obligatoire sur le travail infirmier, mais peu d'études traitent des raisons expliquant le recours à celui-ci. Ainsi, la réalisation de cette recherche contribue à l'état des connaissances concernant les pratiques entourant le recours au temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières.

Pour ce faire, nous avons réalisé une recherche qualitative, soit une étude de cas, comparant les pratiques organisationnelles de deux centres hospitaliers. Les données empiriques proviennent d'une étude documentaire et de huit entretiens semi-dirigés que nous avons réalisés auprès d'interlocuteurs syndicaux et de gestionnaires du secteur de la santé.

Les résultats permettent de constater qu'il y a des différences au niveau de l'organisation du travail et de l'aménagement des temps de travail entre les deux centres hospitaliers à l'étude et que ces différences ont une influence sur le recours au temps supplémentaire obligatoire. Certaines caractéristiques des modes d'organisation du travail ont tendance à favoriser le recours au temps supplémentaire : le taux élevé d'emploi à temps partiel chez les infirmières, la composition de l'équipe de soins, le type de quarts de travail (jour, soir, nuit), la philosophie de gestion et la culture de l'établissement. Les résultats obtenus montrent que l'aménagement des temps de travail a aussi une influence sur le recours au temps supplémentaire obligatoire. Plus les infirmières ont une perte de contrôle sur leur temps de travail, c'est-à-dire des horaires imprévisibles et peu flexibles, plus le recours au temps supplémentaire s'accroît. Enfin, les résultats suggèrent que plus les horaires de travail sont atypiques, plus le lien entre les modes d'organisation du travail et le recours au temps supplémentaire obligatoire est fort.

Mots-clés : Temps supplémentaire obligatoire, infirmières, centre hospitalier, organisation du travail, temps de travail, secteur de la santé du Québec.

Abstract

Resorting to mandatory overtime for nurses in the healthcare sector of Quebec is a practice that is increasingly denounced in the media by nurses and trade union actors. The political and socio-economic context in which the public healthcare system evolves greatly influences the way it functions. As a result, several reforms of the healthcare sector have emerged over the years, which have resulted in the modification of its structure and, consequently, significant changes in the organisation of the nurses' labour and planning of working times. In fact, this research attempts to answer a research question that focuses on the influence that the modes of organisation of labour and planning of working times have had on the resort to mandatory overtime for nurses. Furthermore, the comparison of two hospitals will allow us to understand for which reasons certain establishments resort more often to mandatory overtime than others. Thus, this research will allow us to understand which modes of organisation of labour and how the management of working times have more significant effects than others on the resort to mandatory overtime.

Many studies cover the effects entailed by the use of mandatory overtime on nursing work, while few studies cover the practices surrounding it. Thus, the production of this research contributes to the state of knowledge concerning the practices surrounding the resort to mandatory overtime for nurses.

To accomplish this, we conducted a qualitative research, a case study, comparing the organizational practices of two hospitals. The empirical data arises from eight semi-directed interviews that we conducted with trade union interlocutors and managers of the healthcare sector.

The results show that there are differences in the organisation of labour and the planning of working times of the two studied hospitals, which have an influence on the resort to mandatory overtime. Some elements of the modes of organisation of labour have a tendency to increase the resort to overtime: Elevated part-time employment

rate amongst nurses, the composition of the healthcare team, the type of working shifts (day, evening, night), the identity of the manager, and the culture of the establishment. Furthermore, the obtained results show that the planning of working times also has an influence on the resort to mandatory overtime. The more nurses experience a loss of control on their working time, that is to say unpredictable and hardly flexible schedules, the more the resort to overtime increases. Finally, the results suggest that the more the work schedules are atypical, the stronger is the link between the modes of organisation of labour and the resort to mandatory overtime.

Key words: Mandatory overtime, nurses, hospitals, organisation of labour, working times, healthcare sector of Quebec.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – REVUE DE LA LITTÉRATURE, PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	5
I. LES FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL	5
1.1 <i>Typologie des différentes formes d'organisation du travail.....</i>	5
1.2 <i>Organisation du travail dans le secteur de la santé.....</i>	11
II. LES NOUVELLES FORMES D'EMPLOI.....	14
2.1 <i>Typologie des formes d'emploi.....</i>	16
2.2 <i>Formes d'emploi dans le secteur de la santé.....</i>	19
III. LES EFFETS SUR LES TRAVAILLEURS.....	21
3.1 <i>Précarisation de la relation d'emploi.....</i>	22
3.2 <i>Intensification du travail.....</i>	23
3.3 <i>Individualisation des temps de travail</i>	27
3.4 <i>Flexibilisation des horaires de travail</i>	28
3.5 <i>Dégradation des conditions de travail</i>	29
IV. LA PROBLÉMATIQUE ET LA QUESTION DE RECHERCHE.....	31
4.1 <i>Temps supplémentaire.....</i>	32
4.2 <i>Temps supplémentaire obligatoire (TSO).....</i>	34
4.3 <i>Question de recherche.....</i>	35
CHAPITRE 2 – CADRE DE RECHERCHE.....	37
I. MODÈLE DE RECHERCHE.....	37
1.1 <i>Modèle conceptuel</i>	37
1.2 <i>Propositions de recherche.....</i>	41
II. MÉTHODOLOGIE	43
2.1 <i>Type de recherche.....</i>	43
2.2 <i>Plan d'observation</i>	45
2.3 <i>Opérationnalisation des variables.....</i>	53
2.4 <i>Plan d'analyse</i>	57
2.5 <i>Traitement de l'information.....</i>	58
CHAPITRE 3 – DESCRIPTION DU SECTEUR.....	67
3.1 <i>Secteur de la santé du Québec.....</i>	67

3.2 Structure.....	74
3.3 Cadre juridique.....	77
CHAPITRE 4 – PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	85
4.1 Centres hospitaliers à l'étude.....	85
4.2 Modes d'organisation du travail (VI).....	86
4.3 Aménagement des temps de travail (VM).....	131
4.4 Temps supplémentaire obligatoire (VD).....	157
4.5 Synthèse globale des résultats.....	174
CHAPITRE 5 - DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSION.....	179
5.1 Retour sur les propositions de recherche.....	179
5.2 Retour sur la littérature.....	183
5.3 Éléments influençant le recours au TSO.....	191
5.4 Limites de la recherches et pistes de réflexion futures.....	194
BIBLIOGRAPHIE.....	197

Remerciements

Je tiens à remercier plusieurs personnes et organismes sans lesquels je n'aurais pu réaliser ce mémoire. D'abord, j'aimerais remercier mes deux directrices de recherche pour leur support, leurs judicieux conseils et commentaires constructifs. Merci de votre patience et merci de m'avoir fait confiance du début jusqu'à la fin. Merci également aux membres du jury pour vos recommandations ayant pour objectif d'améliorer la qualité de ce mémoire.

J'aimerais aussi remercier deux organismes pour leur support financier. Il s'agit du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada qui a financé le projet de recherche «*L'obligation de disponibilité du salarié : une nouvelle source de précarité ou de flexibilité*» dans lequel s'inscrit notre mémoire et du Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail (CRIMT) pour la bourse qu'il m'a octroyée pour réaliser ce mémoire de recherche.

Par ailleurs, je tiens aussi à remercier tous les interlocuteurs que nous avons rencontrés, qui nous ont généreusement accordé de leur temps. Grâce à eux, nous avons recueilli de riches informations au regard de la situation vécue par les infirmières en ce qui a trait au temps supplémentaire obligatoire.

Je ne peux passer à côté du soutien moral de mes parents qui ont toujours su m'encourager à réaliser mes projets, et ce, peu importe les embûches qui se présentent.

Enfin, merci à mon copain Alexandre d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragée à poursuivre malgré mes moments de doute.

INTRODUCTION

Les restructurations du système de santé ne sont pas uniquement vécues au Québec : elles sont également présentes aux États-Unis et dans plusieurs autres pays industrialisés occidentaux (Denton et al., 2002; Lapointe et al., 2000). L'augmentation des frais de santé, les pressions budgétaires et le vieillissement de la population sont tous des facteurs qui incitent les pays et les provinces à réorganiser les services de santé pour s'adapter aux besoins de la population, et ce, de façon plus efficiente (Denton et al., 2002).

Depuis les années 1970, plusieurs réformes ont été adoptées au sein du système de santé québécois. Ces réformes ont été mises en place pour améliorer l'efficacité et l'accessibilité des services et soins de santé, de même que pour assainir les finances publiques et rétablir l'équilibre budgétaire (Bolduc, 2013). Au fil des ans et des restructurations, plusieurs mesures ont vu le jour : fermeture et fusion d'hôpitaux, réduction du nombre de lits d'hospitalisation et réduction de l'emploi, notamment (Lapointe et al., 2000). La réforme de 2003 a été menée grâce à l'adoption de projets de loi visant à modifier considérablement la structure des établissements de santé ainsi que les règles encadrant les relations de travail (Bolduc, 2013).

Cette reconfiguration du système de la santé a eu un impact majeur sur l'organisation des soins et sur l'organisation du travail du personnel infirmier (Lapointe et al., 2000, p.165). Dans un tel contexte, les gestionnaires des établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à plusieurs défis de gestion occasionnés par ces réformes, notamment sur le plan de l'organisation du travail et de l'emploi.

Le gouvernement québécois s'est inspiré du système de santé américain pour adopter ses réformes en matière de gestion du système de santé, d'organisation du travail et de gestion de l'emploi (Lapointe et al., 2000). Plusieurs pratiques de gestion ont été mises en place par les gestionnaires afin d'utiliser la main-d'œuvre de façon plus efficace de sorte à réduire les coûts (Dubois & Dussault, 2002/3). Des pratiques telles la standardisation des soins, inspirée du modèle américain « *case management* », ont été implantées dans les hôpitaux – au Centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ), notamment – afin d'uniformiser la pratique infirmière, mais surtout pour assurer une meilleure gestion des coûts en standardisant le temps d'hospitalisation en fonction de diagnostics préétablis (Lapointe et al., 2000).

D'autres établissements de santé privilégient le modèle de production *Toyota*, communément appelé *Lean*, vanté par l'ancien ministre de la Santé, Yves Bolduc (Villeneuve, 2012). Le toyotisme vise essentiellement à revoir le processus de travail afin d'éliminer toute forme de gaspillage. L'objectif de ce modèle est d'offrir des services de santé à moindres coûts en optimisant les ressources (Laforest, 2011). Or, l'implantation de ces modes d'organisation du travail implique une réorganisation tant sur le plan de la composition des équipes de travail que du travail infirmier en soi (Lapointe et al., 2000).

Depuis l'implantation de ces changements organisationnels, le recours aux heures supplémentaires est une des solutions préconisées par les gestionnaires, surtout dans un contexte où les ressources humaines et monétaires sont souvent insuffisantes. Ce recours au temps supplémentaire fait souvent les manchettes dans les médias, dans lesquels sont soulevés les enjeux liés aux conditions de travail des infirmières du Québec (Breton, 2013; Gendron, 2008; Roy, 2015; Savard, 2015). Plusieurs infirmières acceptent volontairement de faire des heures supplémentaires pour augmenter leur revenu. Dans le cas inverse, il est pratiquement impossible pour le personnel infirmier de refuser de travailler des heures supplémentaires, notamment en raison du code de déontologie de la profession et de la pression exercée par les collègues (Raymond, 2010, p.1).

Au vu de ces constatations, l'objectif de notre recherche est d'identifier et comprendre les différents modes d'organisation du travail et formes d'emploi dans le secteur de la santé, et ce, pour examiner l'influence que ces éléments peuvent avoir sur l'aménagement des horaires de travail et plus particulièrement sur le temps supplémentaire obligatoire (TSO). Nous avons constaté que le TSO est dénoncé par des infirmières travaillant dans des centres hospitaliers spécifiques. Pour cette raison, nous avons comparé les pratiques de gestion de deux centres hospitaliers afin d'analyser si ces pratiques ont une influence sur le recours au TSO. La question de recherche à laquelle nous souhaitons répondre est la suivante : quelle est l'influence des formes d'organisation du travail mises en place dans le secteur de la santé du Québec sur les temps de travail, plus précisément sur le recours au temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières?

Notre travail de recherche s'inscrit dans le cadre du projet « *L'obligation de disponibilité du salarié : une nouvelle source de précarité ou de flexibilité* », pour lequel une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada a été obtenue. Ce projet de recherche s'intéresse à trois secteurs d'activité différents, dont celui de la santé et des services sociaux, sur lequel porte le présent mémoire.

Ce mémoire est composé de cinq chapitres. Le premier chapitre présente une revue de la littérature, ainsi que la problématique et la question de recherche. La revue de la littérature se divise en trois sections : l'état des connaissances en matière des différents modes d'organisation du travail, l'état des connaissances concernant les différentes formes d'emploi, puis les effets sur les travailleurs. Dans un deuxième temps, nous présentons la problématique qui découle de la revue de la littérature, ainsi que la question de recherche.

Le deuxième chapitre porte sur le cadre de la recherche et se divise en deux sections. La première présente le modèle conceptuel à partir duquel nous avons établi trois propositions de recherche, la seconde couvre la méthodologie.

Le troisième chapitre s’amorce sur une description du secteur de la santé : présentation de la structure, du cadre juridique, du régime de représentation syndical et du régime de négociation collective. Cette section est suivie d’une présentation du cas d’étude.

Au quatrième chapitre, nous dévoilons les résultats obtenus, toujours en faisant référence au modèle conceptuel établi précédemment.

Enfin, le cinquième chapitre laisse place à la discussion et à la synthèse des résultats. Il se conclut par une mise en lumière des limites de notre recherche et par une ouverture pour de futures recherches.

CHAPITRE 1 – REVUE DE LA LITTÉRATURE, PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Tel qu'indiqué dans l'introduction, le secteur de la santé au Québec a connu des restructurations qui ont occasionné des répercussions sur le travail accompli par les infirmières et sur leurs conditions de travail. Dans ce chapitre, nous faisons état des nouvelles formes d'organisation du travail, et plus particulièrement des formes d'organisation du travail dans le secteur de la santé. Dans un second temps, nous présentons les nouvelles formes d'emploi, c'est-à-dire les différents types de contrats qui lient un employé et un employeur, puis les différentes formes d'emploi proposées dans le secteur de la santé. L'état des connaissances concernant les effets de ces nouveaux types d'organisation et d'emploi sur les travailleurs est présenté dans la section III. Enfin, la section IV expose la problématique et la question de recherche du présent mémoire.

I. Les formes d'organisation du travail

Cette première section porte sur les différentes formes d'organisation du travail. Pour ce faire, nous présentons une typologie des principaux modes d'organisation du travail inscrits dans la littérature – revue des modes plus traditionnels jusqu'aux plus récents. Dans la deuxième section, nous abordons l'organisation du travail dans le cadre spécifique du secteur de la santé.

1.1 Typologie des différentes formes d'organisation du travail

Aux fins de cette étude, quatre modèles d'organisation du travail ont été retenus : l'organisation en structure simple, l'organisation taylorienne, l'organisation apprenante, et l'organisation *Lean* (Bunel, Dayan, Desage, Perraudin, & Valeyre, 2008; Dayan, Desage, Perraudin, & Valeyre, 2008). L'organisation en structure simple et le modèle taylorien sont des formes d'organisation traditionnelles, tandis

que les organisations apprenantes et *Lean* sont considérées comme de nouvelles formes d'organisation. Rappelons qu'il existe des nombreuses caractéristiques communes entre les formes d'organisation du travail traditionnelles et plus modernes (Lorenz & Valeyre, 2005). Par exemple, dans l'organisation taylorienne et l'organisation *Lean*, les procédures de travail sont très formalisées. Par contre, l'organisation taylorienne s'adresse à une main-d'œuvre peu qualifiée, occasionnant une supervision directe des travailleurs, contrairement à l'organisation *Lean*, où la main-d'œuvre est davantage qualifiée, donc plus autonome. Les modèles d'organisation du travail traditionnels sont à l'origine des nouveaux modèles développés pour s'adapter au marché du travail et à la main-d'œuvre. Le choix de la forme d'organisation du travail la plus efficace pour mobiliser et retenir la main d'œuvre dépend de deux éléments : le secteur d'activité économique de l'organisation et les caractéristiques de l'emploi en question (Lorenz & Valeyre, 2005).

Les principales caractéristiques de ces différents modes d'organisation du travail sont présentées dans les prochains paragraphes. Nous définissons d'abord les grandes lignes des modes d'organisation pour ensuite identifier les modes d'organisation du travail présents dans le secteur de la santé au Québec et mieux les comprendre.

a) L'organisation en structure simple

L'organisation en structure simple est présente majoritairement dans des entreprises de commerce (Lorenz & Valeyre, 2005). Ce modèle d'organisation du travail laisse peu de place à l'autonomie des employés dans l'exécution de leur travail, qui est qualifié de monotone, sans nécessairement être répétitif ou contraignant sur le plan du rythme de travail (Lorenz & Valeyre, 2005). Le travail y est organisé de façon supervisée selon une hiérarchie souvent établie en fonction du salaire. Les procédures de travail ne sont pas nécessairement très formelles dans ce type d'organisation (Bunel et al., 2008). Le modèle d'organisation en structure simple

est souvent privilégié pour organiser les tâches de la main-d'œuvre non qualifiée et pour mener à bien l'exécution de tâches peu complexes (Lorenz & Valeyre, 2005). Puisque le travail organisé en structure simple est peu complexe et monotone, il n'y a que très peu ou pas de formation offerte aux salariés.

b) L'organisation taylorienne

L'essor de l'industrialisation a incité les entreprises à revoir les processus de fabrication pour tenter de produire différemment dans le but d'augmenter la productivité. C'est dans ce contexte que Frederic Winslow Taylor, ingénieur de formation, a développé le modèle d'organisation scientifique du travail (OST), communément appelé l'organisation taylorienne ou le modèle taylorien (Winslow Taylor, 1967). Ce modèle se dit « scientifique » puisqu'il repose sur l'étude des mouvements et des temps afin d'établir la méthode de production optimale (Winslow Taylor, 1967). L'étude des mouvements consiste à analyser une série d'activités pour déterminer la meilleure façon d'exécuter une tâche donnée. L'étude des temps, quant à elle, vise à déterminer le temps exact nécessaire à un travailleur pour accomplir son travail sans perte de temps (Winslow Taylor, 1967).

Contrairement au modèle d'organisation en structure simple, il y a une scission entre la conception et l'exécution du travail. La conception du travail relève de la hiérarchie intermédiaire – les chefs d'atelier, par exemple – alors que l'exécution du travail se fait par les ouvriers. Le travail des ouvriers est organisé et supervisé par la hiérarchie intermédiaire (Bunel et al., 2008). L'OST prévoit des procédures de travail standardisées où les travailleurs doivent suivre les procédures qui leur sont données pour exécuter leur travail (Winslow Taylor, 1967). La main-d'œuvre est donc peu qualifiée, mais très spécialisée dans les tâches qu'elle exécute, puisque son travail est répétitif et peu complexe. Ce modèle d'organisation du travail ne requiert généralement pas ou très peu de formation pour accomplir le travail.

Initialement, le modèle taylorien a su répondre au défi de plusieurs organisations, soit d'assurer une production de masse à moindre coût avec une main-d'œuvre ouvrière peu scolarisée. Cependant, dans certains cas le modèle taylorien ne permet plus aux entreprises, dans le contexte actuel, de répondre efficacement aux défis qu'elles doivent relever notamment : un marché du travail plus instable et plus concurrentiel, les évolutions de la technologie, des consommateurs de plus en plus exigeants en matière de variété, de délais et d'innovation (Bunel et al., 2008; Lorenz & Valeyre, 2005). Ainsi, de nouveaux modèles organisationnels ont été développés pour contrer les limites du modèle taylorien et pour remédier aux contraintes économiques et sociales. Ces nouveaux modèles ont nécessairement occasionné une foule de changements dans le monde du travail (Bunel et al., 2008).

Voici les défis et les enjeux auxquels les entreprises sont soumises et qui expliquent la création de nouveaux modes d'organisation du travail : l'élévation de la scolarisation de la main-d'œuvre, la pression extrême de la concurrence et des marchés à l'échelle mondiale, les exigences élevées en terme de qualité, les changements technologiques (Bunel et al., 2008). Par conséquent, les nouveaux modèles d'organisation – le modèle apprenant et le modèle *Lean* – sont plus décentralisés. Les salariés sont appelés à travailler en équipe, à mettre en valeur leurs compétences et leur polyvalence pour accomplir leur travail et pour résoudre des problèmes (Lorenz & Valeyre, 2005). Ces deux nouveaux modèles sont présentés ci-dessous.

c) L'organisation apprenante

L'organisation du travail de type apprenante a été développée en réaction aux limites et aux critiques des formes traditionnelles d'organisation du travail. Le marché du travail en constante évolution favorise le développement de nouvelles formes d'organisation du travail mieux adaptées à la main-d'œuvre de plus en plus scolarisée, aux technologies de l'information et aux médias de communications en plein essor. L'objectif principal de l'organisation apprenante est de rompre avec la

conception scientifique du travail – laquelle décompose le travail et standardise les procédures de travail – pour permettre aux salariés d'exécuter leur travail de façon plus autonome (Bunel et al., 2008).

Contrairement à l'OST, les procédures de travail liées à l'organisation apprenante sont très peu formalisées. Cette dernière repose davantage sur le travail d'équipe, la polyvalence, la communication et la résolution de conflits entre salariés (Bunel et al., 2008). L'organisation apprenante est majoritairement utilisée dans le secteur des services, dont la santé, l'éducation, les activités sociales, où la main-d'œuvre ouvrière cède la place à une main-d'œuvre plus qualifiée (Bunel et al., 2008). Ce type d'organisation du travail permet aux travailleurs d'accomplir leur travail avec une certaine autonomie, de prendre part aux décisions opérationnelles liées à la qualité ou la résolution de problèmes (Bunel et al., 2008). Enfin, l'organisation apprenante nécessite que les employés suivent régulièrement des formations pour que leurs connaissances et compétences soient continuellement mises à jour.

d) L'organisation Lean

L'organisation *Lean* provient initialement d'usines de production de biens, comme le géant de la fabrication d'automobiles, Toyota (Laforest, 2011). Cette approche organisationnelle vise essentiellement à améliorer la productivité d'une entreprise ou d'une organisation, en comptant sur la participation des salariés dans la conception du travail tout en limitant les coûts et les pertes de temps (Sarazin, 2013). Cette forme d'organisation du travail redonne le pouvoir de conception de la tâche aux salariés et valorise leur savoir-faire en les impliquant dans les prises de décisions et la résolution de problèmes. Cela permet notamment d'instaurer chez les employés une culture d'amélioration continue (Bunel et al., 2008). Le modèle *Lean*, comparativement au modèle apprenant, donne moins de latitude aux salariés dans l'exécution de leur travail (Lorenz & Valeyre, 2005).

L'approche *Lean* est caractérisée par une autonomie « contrôlée » qui vise à concilier les besoins managériaux de contrôle sur le travail et l'initiative des travailleurs dans le travail à effectuer (Bunel et al., 2008). L'expertise des salariés est mise de l'avant pour mieux standardiser les procédures de travail, considérées comme étant les plus efficaces en termes de coûts et de temps (Sarazin, 2013). L'expression « autonomie contrôlée » indique que malgré l'autonomie laissée aux salariés dans leur travail, il y a tout de même un contrôle serré et des pressions temporelles exercées sur les salariés, à l'image de certains éléments de l'OST. Toutefois, contrairement à l'OST, le modèle *Lean* dispose d'une main-d'œuvre qualifiée qui bénéficie de formations dans le but d'accroître sa polyvalence et ses compétences (Sarazin, 2013). Enfin, le modèle *Lean* est caractérisé par des dispositifs organisationnels qui visent à réduire les pertes de temps et la structure hiérarchique pour favoriser la coopération entre les salariés. Un des dispositifs organisationnels clés du modèle *Lean* est le travail en « *juste à temps* », qui vise à réduire les pertes de temps (Bunel et al., 2008).

Le travail en « *juste à temps* » est un concept intéressant pour les employeurs, car il leur permet d'adapter les effectifs nécessaires aux besoins, ce qui s'avère bénéfique sur les coûts. Ce dispositif nécessite que les employés soient aux aguets pour être disponibles afin de répondre aux besoins ponctuels de l'employeur. Si ce mode de gestion est bénéfique pour les employeurs, il est la cause de plusieurs effets néfastes pour les salariés : incertitude, instabilité, imprévisibilité, absence de sécurité d'emploi, etc. (Boivin, 2012). Les gestionnaires, incertains de pouvoir compter sur suffisamment d'effectifs pour accomplir le travail, risquent de transférer cette incertitude chez les salariés, qui eux, ne connaissent pas d'avance leur horaire de travail et se retrouvent dans l'incertitude quant à savoir s'ils travailleront suffisamment pour subvenir à leurs besoins (Boivin, 2012). L'avancée des technologies favorise le recours à ce mode de gestion en *juste à temps* puisqu'il est aujourd'hui possible de joindre les salariés via leur cellulaire en cas de besoin de main-d'œuvre (Vallée, 2010).

Ci-dessous, un tableau synthèse présentant les quatre formes d'organisation du travail que nous venons d'explorer avec leurs principales caractéristiques.

1.1.1 Tableau synthèse

<i>Caractéristiques</i>	FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL			
	Organisation simple	Organisation taylorienne	Organisation apprenante	Organisation <i>Lean</i>
<i>Contrôle/supervision</i>	Supervision directe	Supervision directe	Autonomie	Autonomie contrôlée
<i>Procédures de travail</i>	Peu formalisées	Très formalisées et spécifiques	Peu formalisées	Très formalisées
<i>Main-d'œuvre</i>	Peu qualifiée	Peu qualifiée	Très qualifiée	Très qualifiée
<i>Formation</i>	Aucune ou très peu	Aucune ou très peu	Régulièrement	Régulièrement

1.2 Organisation du travail dans le secteur de la santé

L'organisation du travail dans le milieu de la santé est un sujet qui intéresse les acteurs syndicaux : elle est au cœur de la résolution de certains problèmes qui affligent le fonctionnement du système de santé (Laforest, 2009). Les nombreuses restructurations mises en place dans le secteur de la santé du Québec au fil des années ne sont pas sans effets sur la production des soins et l'organisation du travail infirmier.

En raison des contraintes budgétaires, la gestion des soins de santé et la gestion de l'emploi ont été réorganisées pour réduire la masse salariale (Lapointe, Chayer, Bernard Malo, & Rivard, 2000). Pour ce faire, certains hôpitaux, tels le

Centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ), ont procédé à la réduction du nombre de lits pouvant accueillir des patients, en plus de supprimer plusieurs postes en soins infirmiers (Lapointe et al., 2000). La réduction du personnel soignant a diminué la taille des équipes de travail, et ce, en dépit de la demande croissante en matière de soins dans un contexte de vieillissement de la population. C'est la principale raison pour laquelle le travail infirmier doit être réorganisé (Lapointe et al., 2000). La gestion des soins de santé doit également être réorganisée pour offrir des soins de façon efficiente dans un contexte où non seulement la demande de soins est grandissante, mais où la pression est forte pour réduire au maximum les durées d'hospitalisation. Ces mesures visent à réduire les coûts liés aux soins de santé (Lapointe et al., 2000).

Ce contexte a modifié l'organisation du travail, traditionnellement structurée de façon centralisée. Celle-ci tend dorénavant vers une plus grande décentralisation et favorise le travail d'équipes multidisciplinaires. L'organisation décentralisée se caractérise par la latitude laissée aux équipes multidisciplinaires en charge de résoudre des problèmes. Ces équipes sont également responsables d'améliorer les méthodes de travail en « standardisant des soins » via la « *typification* » des cas pour accroître l'efficacité et réduire les coûts (Lapointe et al., 2000). Cette « *typification* » des cas vise à estimer le temps et les traitements nécessaires pour des diagnostics identiques, ce qui permet de réduire le temps d'hospitalisation et d'éliminer les soins et les traitements inutiles (Lapointe et al., 2000). Ce modèle d'organisation du travail s'apparente aux cercles de qualité présents dans l'organisation du travail apprenante et le modèle *Lean*, où la participation des travailleurs pour standardiser leurs méthodes de travail est essentielle à l'amélioration des processus. Le travail d'équipe multidisciplinaire permet de décroïsonner le travail entre les différents professionnels de la santé, et vise à élargir les compétences des infirmières auxiliaires et des préposées aux bénéficiaires. Le personnel infirmier bachelier dispose ainsi de plus de temps pour effectuer des actions plus complexes et techniques (Lapointe et al., 2000).

On observe que la restructuration du secteur de la santé a amené plusieurs changements sur le plan de l'organisation du travail, mais ce n'est que tout récemment que l'on a observé l'insertion de méthodes organisationnelles relevant du modèle *Lean*. Dans le secteur de la santé, cette approche de gestion *Lean* vise principalement à améliorer la qualité des soins et à standardiser le travail pour réduire toute forme de perte de temps liées à des tâches qui ne sont pas essentielles (Laforest, 2011). Malgré l'origine du modèle *Lean*, développé dans les usines de production, il semble s'adapter au secteur des services, comme c'est le cas à l'hôpital de Saint-Boniface au Manitoba.

À la suite de l'expérience *Lean* à l'Hôpital de Sainte-Boniface au Manitoba, deux CSSS du Québec et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) ont été choisis pour expérimenter l'approche de gestion *Lean* (Villeneuve, 2012). Près de 200 participants, dont près de 80 d'entre eux étaient des cadres supérieurs, ont assisté au premier colloque *Lean* en santé au Québec qui a eu lieu en 2012. Cela montre un certain intérêt à implanter cette approche de gestion dans le secteur de la santé du Québec (Villeneuve, 2012). À la lumière des résultats positifs de l'expérience *Lean* à l'Hôpital Saint-Boniface au Manitoba, l'implantation de l'approche *Lean* dans le secteur de la santé au Québec est envisagée comme un moyen de régler les problèmes de gestion actuels, d'améliorer la qualité des soins et d'augmenter l'accessibilité, tout en réduisant les coûts (Foropon et al., 2013 : 410). Les résultats de cette expérience montrent que l'approche de gestion *Lean* a également eu pour effet de diminuer le stress éprouvé par le personnel du secteur de la santé, en plus d'améliorer le climat de travail (Villeneuve, 2012).

Cependant, comme mentionné précédemment dans la section portant sur l'organisation *Lean*, un des dispositifs organisationnels de ce modèle est le travail en *juste à temps*. Cette méthode de gestion en *juste à temps* permet aux hôpitaux d'avoir une liste d'appel de salariés disponibles sur appel pour travailler selon les fluctuations de la demande. Ces salariés font l'objet d'une certaine « *obligation de disponibilité* », c'est-à-dire une obligation d'être apte et disponible à travailler au

moment de l'appel. Malgré les résultats positifs de l'expérience *Lean* de l'Hôpital de Saint-Boniface, le modèle *Lean* comporte certains aspects négatifs, comme l'incertitude, l'instabilité et l'imprévisibilité qui découlent du travail en *juste à temps*. Ce modèle d'organisation du travail pourrait être lié à un usage plus étendu de nouvelles formes d'emploi, que nous présenterons dans la prochaine section.

II. Les nouvelles formes d'emploi

À la lumière de la littérature au sujet de l'organisation du travail, plusieurs auteurs mettent l'accent sur les nouvelles formes d'emploi. Avant d'aborder les nouvelles formes d'emploi, nous traiterons d'abord de l'emploi traditionnel, soit un emploi permanent où l'employé dispose d'un contrat de travail salarié à durée indéterminée et à temps complet pour un seul employeur (Bourhis & Wils, 2001). Cependant, cette forme d'emploi traditionnelle est en déclin en raison du recours de plus en plus fréquent à diverses formes offrant davantage de flexibilité aux employeurs (Boivin, 2012). Plusieurs articles au sujet de l'organisation du travail mettent l'accent sur la diversification des formes particulières d'emploi : contrats de travail à durée déterminée, travail à temps partiel ou travail par l'intermédiaire d'agences de placement, notamment. Dans la présente section, nous aborderons les formes d'emploi qui accompagnent ces nouvelles formes d'organisation du travail au sein des organisations en quête de flexibilité.

Bunel *et al.* (2008) se sont penchés sur la relation qu'il pouvait y avoir entre les formes d'organisation du travail et la relation de travail. La recherche consistait essentiellement à situer ces formes organisationnelles dans la globalité de la relation de travail et d'emploi, en liant les modes de gestion de l'emploi et les ressources humaines aux régimes de relations professionnelles. Les résultats de cette étude révèlent, entre autres, que les nouveaux modes d'organisation du travail que sont l'organisation apprenante et l'organisation *Lean* occasionnent plus souvent le recours

à de la main-d'œuvre provenant d'agences de placement, au détriment de l'embauche de salariés avec des contrats à durée déterminée (Bunel et al., 2008). Le recours accru à du personnel d'agence n'est pas uniquement utilisé pour s'adapter aux fluctuations de la demande et au manque d'effectifs (De Coninck, 2006). Il permet également un certain désengagement vis-à-vis ce personnel d'agence pour assurer une meilleure protection et de meilleures conditions aux salariés internes (Bunel et al., 2008). Ces constats montrent que la notion de permanence tend à s'estomper au profit de formes particulières d'emploi comme les contrats à durée indéterminée à temps partiel (CDI-TP), les contrats à durée déterminée à temps complet (CDI-TC), les contrats à durée déterminée à temps partiel (CDD-TP) ou encore le recours à des agences de placement (Cottrell, Letremy, Macaire, Meilland, & Michon, 2002).

Deux chercheurs, Bourhis et Wils (2001), ont identifié différentes formes d'emploi à l'aide d'une typologie à quatre dimensions. La première dimension porte sur la durée du contrat de travail – contrat à durée déterminée ou indéterminée. La deuxième dimension concerne le lieu de l'emploi – chez l'employeur ou en d'autres lieux. La troisième dimension est la durée de la semaine de travail – temps complet ou temps partiel. Enfin, la quatrième dimension est liée à la régularité de l'horaire de travail – horaire régulier versus horaire variable. Le rapport Bernier vient ajouter deux autres dimensions à celles déjà identifiées par Bourhis et Wils (Bernier, Vallée, & Jobin, 2003) : la nature du contrat (d'entreprise ou de travail) et la relation d'emploi tripartite (agences de placement de personnel) (Bernier et al., 2003).

Ci-dessous, à la section 2.1, la typologie des différentes formes d'emploi est présentée en six sous-titres. Les différentes formes d'emploi dans le secteur de la santé sont décrites à la section 2.2.

2.1 Typologie des formes d'emploi

a) Nature du contrat

La nature du contrat (contrat de travail, contrat d'entreprise ou contrat de service) vise à déterminer si un travailleur est considéré comme un salarié en vertu des lois du travail ou comme un travailleur autonome. Le travail autonome signifie qu'un travailleur s'engage envers un client à effectuer un travail ou un service contre une rémunération. Cette forme d'emploi, comparativement au travail salarié, ne comporte pas de lien de subordination entre le travailleur autonome et le client : il n'y a pas de relation employé-employeur comme c'est le cas pour un salarié qui est lié par un contrat de travail avec son employeur.

Le travail autonome représente environ 14% de l'emploi total au Québec et ces travailleurs se retrouvent dans une catégorie de travailleurs que l'on qualifie d'atypiques (Bernier et al., 2003; ISQ, 2015). En raison de l'absence d'un lien de subordination avec un employeur, les travailleurs autonomes se retrouvent dans une zone grise entre le contrat de travail et le contrat d'entreprise (Fudge, Tucker, & Vosko, 2003). Cette zone grise crée une certaine incertitude quant au droit des travailleurs autonomes de bénéficier des mesures de protection sociale dont bénéficient les salariés en vertu des lois du travail. La distinction entre un salarié et un travailleur autonome n'est pas toujours facile à établir. C'est d'ailleurs pourquoi il arrive que des personnes embauchées comme « travailleurs autonomes » sont victimes d'une forme d'emploi ne leur permettant pas de bénéficier des protections offertes par les lois du travail (Fudge et al., 2003). Les travailleurs autonomes sont souvent des personnes qui créent leur propre emploi pour devenir entrepreneurs, ou encore des personnes dont le statut a changé à la suite de changements survenus dans l'entreprise où ils étaient auparavant salariés (Bernier et al., 2003).

Cette forme d'emploi donne au travailleur une certaine flexibilité dans la gestion de son temps et comporte bien des avantages : meilleure conciliation travail

et vie familiale et liberté. Il comporte également son lot de désavantages : salaire parfois moins élevé et paie irrégulière, peu de sécurité d'emploi – souvent « *à la merci des donneurs d'ouvrages* » –, moins de protections offertes par les lois du travail (Bernier et al., 2003 : 518).

Après avoir fait la distinction entre un contrat de travail et un contrat d'entreprise, les prochaines sous-sections abordent plutôt les différentes caractéristiques d'un contrat de travail selon la typologie de Bourhis et Wils (2001).

b) Contrat à durée indéterminée à temps complet (CDI-TC)

Le contrat de travail à durée indéterminée à temps complet fait référence à un emploi traditionnel, parfois qualifié de permanent, dans la mesure où on ne connaît pas sa date de fin (Bourhis & Wils, 2001). Ce type de contrat traditionnel est considéré à temps complet avec des horaires réguliers et le travail est effectué chez l'employeur (Bourhis & Wils, 2001). Toutefois, en réaction à la mondialisation des marchés, à la concurrence, et aux pressions économiques, les organisations en quête de flexibilité ont transformé leurs méthodes de gestion, ce qui a amené à l'éclatement de cette forme d'emploi traditionnel. Les formes de contrat de travail ont éclaté sur trois dimensions : la durée du contrat de travail, la durée du travail et la diversification des lieux de travail commune à plusieurs de ces formes (Bourhis & Wils, 2001 : 72).

c) Contrat à durée indéterminée à temps partiel (CDI-TP)

Ce type de contrat est semblable au contrat à durée indéterminée à temps complet. La distinction entre les deux réside sur le plan de la typologie, celle du temps de travail. Un contrat à durée indéterminée à temps partiel peut être qualifié de permanent si aucune date de fin n'a été fixée, mais où la durée de la semaine de travail est de moins de 35 heures. Selon la deuxième et la quatrième dimension de la

typologie de Bourhis et Wils (2001), le lieu de travail et la régularité de l'horaire peuvent dépendre de l'entreprise pour laquelle le salarié travaille.

d) Contrat à durée déterminée à temps complet (CDD-TC)

Dans cette forme d'emploi, la durée du contrat de travail est à durée déterminée : l'emploi est temporaire et la date de fin d'emploi a été fixée (Bourhis & Wils, 2001). L'employé fait l'objet d'un horaire de travail à temps complet, et le lieu de travail n'est pas nécessairement chez l'employeur – l'employé peut travailler depuis son domicile. Ce type de contrat est souvent utilisé pour remplacer des employés en congé de maternité ou parental (Arrowsmith & Mosse, 2000). Cependant, les contrats à durée déterminée ne sont plus uniquement utilisés à cette fin. Il s'agit également d'une stratégie utilisée pour contourner certains engagements et procédures qui s'appliquent lors de l'embauche de salariés permanents (Arrowsmith & Mosse, 2000). Cette forme d'emploi temporaire permet aux employeurs de s'adapter aux changements, de se soustraire à certains coûts liés aux avantages et bénéfices que possèdent les salariés à contrat d'une durée indéterminée – assurances, avantages sociaux, plan de pension et autres (Arrowsmith & Mosse, 2000).

e) Contrat à durée déterminée à temps partiel (CDD-TP)

Dans cette forme d'emploi, le contrat est à durée déterminée : la date de fin est connue, et comme il s'agit d'un contrat à temps partiel, la personne occupe un emploi de moins de 35 heures par semaine (Bourhis & Wils, 2001). Par conséquent, ce type de contrat est éclaté par rapport au contrat de travail traditionnel (CDI-TC), notamment parce qu'il est temporaire et assure moins d'heures de travail. Selon la deuxième dimension de la typologie de Bourhis et Wils (2001), le lieu de l'emploi n'est pas précisé : il peut s'effectuer autant chez l'employeur qu'à domicile. Quant à la quatrième dimension, la régularité de l'horaire de travail, celle-ci dépend de l'employeur, un CDD-TP peut offrir un horaire de travail stable ou variable.

f) Relation tripartite d'emploi

La relation tripartite de l'emploi prend naissance au moment où une agence de placement de personnel loue les services d'un salarié à un employeur. Dès ce moment, deux entités distinctes, l'agence d'un côté et l'employeur de l'autre, se partagent certains rôles et pouvoirs envers l'employé temporaire. Cette relation triangulaire peut poser problème dans l'identification du véritable employeur (Bernier, 2011). Le *Code du travail* n'est pas adapté aux relations tripartites d'emploi, puisque ce dernier encadre les relations d'emploi « traditionnelles », c'est-à-dire les relations binaires entre un salarié et un employeur. La relation tripartite d'emploi procure aux entreprises une certaine flexibilité, tant numérique que fonctionnelle, dans la gestion des ressources humaines. Elle permet notamment d'adapter la main-d'œuvre à des besoins ponctuels lors de périodes en surcroît de production (Bernier, 2011). Cette forme d'emploi assure non seulement une flexibilité aux entreprises, mais aussi aux salariés qui désirent avoir des horaires variables pour concilier le travail et les obligations familiales (Bernier, 2011).

Malgré la flexibilité qu'offre la relation tripartite d'emploi, elle demeure une forme d'emploi instable et incertaine pour les salariés : l'applicabilité des lois du travail est floue en raison de l'ambiguïté de l'identification de leur véritable employeur (Bernier, 2011).

Maintenant que la typologie des diverses formes d'emploi a été dressée, nous présenterons dans la prochaine section les formes d'emploi que l'on retrouve dans le secteur de la santé du Québec.

2.2 Formes d'emploi dans le secteur de la santé

Un portrait des effectifs infirmiers exerçant la profession au Québec au cours des cinq dernières années a été dressé par l'Ordre des infirmières et des infirmiers

du Québec. Ce dernier fait ressortir l'évolution de la situation d'emploi au sein du personnel infirmier de 2009 à 2014 inclusivement. Actuellement, au Québec, la proportion des infirmières déclarant travailler à temps complet atteint presque la barre des 60% (Marleau, 2014). En comparant les données de 2009 à celles de 2014, nous constatons qu'il y a une légère augmentation dans la proportion des infirmières occupant un emploi à temps complet – 57% en 2009, 59,8% en 2014 (Marleau, 2014). À Montréal, ce taux est légèrement plus élevé : 61,4% des infirmières occupent un emploi à temps complet (Marleau, 2014).

Le taux d'emploi à temps partiel et occasionnel chez les infirmières du Québec a connu une diminution au fil des ans. En 2009, une proportion de 32,4% des infirmières occupaient un emploi à temps partiel, et 10,6% un emploi occasionnel. En 2014, la proportion de l'emploi à temps partiel et de l'emploi occasionnel a légèrement diminué, passant à 31,8% et 8,6% (Marleau, 2014). Ces statistiques sont similaires à celles des infirmières sur le territoire montréalais, où actuellement 32,1% occupent un emploi à temps partiel et 6,5% un emploi occasionnel. La proportion de l'emploi infirmier occasionnel a atteint son sommet en 1998, alors qu'elle s'élevait à 18% (Marleau, 2014). Nous constatons que depuis 1998, l'emploi occasionnel a chuté de 10% au Québec et même d'un peu plus à Montréal.

Les données relatives à la situation d'emploi des infirmières du Québec sont similaires à celles qui touchent le personnel infirmier du reste du Canada (Marleau, 2014). Par contre, certaines provinces connaissent un meilleur taux d'emploi à temps complet, notamment au Nouveau Brunswick (65%), en Ontario (67%) et à Terre-Neuve (72%) (Marleau, 2014). Ce rapport statistique révèle aussi qu'il a plus d'infirmiers (68%) que d'infirmières (58%) qui travaillent à temps complet.

Les formes d'emploi ont une grande importance dans la mise en place des stratégies d'attraction et de rétention de la main d'œuvre. Or, comme le secteur de la santé a déjà connu des périodes de pénurie de main d'œuvre infirmière et que plusieurs départs à la retraite se feront dans les prochaines années, il devient

impératif de mobiliser et de maintenir les services des infirmières en place. C'est pourquoi en 2010, lors de la négociation collective du secteur de la santé, certains acteurs syndicaux désiraient rehausser les conditions liées aux postes des infirmières à temps partiel, notamment pour en réduire la précarité. Il y a eu une avancée en la matière en 2010, où une des conventions collectives nationales¹ prévoyait un seuil minimal de 5 jours de travail sur une période de 14 jours pour les infirmières à temps partiel. De plus, cette même convention collective prévoit qu'il y aura une diminution de la main d'œuvre indépendante de l'ordre de 40%.

III. Les effets sur les travailleurs

Maintenant que nous avons présenté les différents modes d'organisation du travail et les nouvelles formes d'emplois qui y sont liées, cette troisième section fait le point sur les effets de ces changements organisationnels sur les travailleurs. Nous présentons ces effets sur les travailleurs en nous basant sur la littérature axée sur le marché global du travail, mais également sur la littérature propre au secteur de la santé. Nous présentons ces effets en cinq sous-titres. Le premier sous-titre (3.1) présente l'effet de la précarisation de la relation d'emploi. Le deuxième (3.2) aborde l'effet de l'intensification du travail. Le troisième (3.3) porte sur l'effet de l'individualisation des temps de travail. Le quatrième (3.4) s'arrête sur l'effet de la flexibilisation des horaires de travail. Enfin, les effets précédemment énumérés ont un impact global sur l'ensemble des travailleurs, soit la dégradation des conditions de travail, présenté dans le dernier sous-titre (3.5).

¹ Pour des raisons de confidentialité, nous ne précisons pas de quelle convention collective il s'agit, car elle permettrait d'identifier les acteurs syndicaux reliés à cette négociation.

3.1 Précarisation de la relation d'emploi

Les changements dans les formes d'organisation du travail et dans les formes d'emploi ont pour effet de précariser les relations d'emploi. La précarisation de la relation d'emploi signifie qu'il y a une perte de sécurité ainsi qu'un sentiment d'incertitude et d'imprévisibilité. Cette précarisation de la relation d'emploi est un effet causé par la flexibilité des nouveaux modèles d'organisation du travail et des nouvelles formes d'emplois, qui permettent de « *transférer l'incertitude ou le risque des marchés vers leurs employés* » (Boivin, 2012 : 2).

En 2011, l'OIT, s'intéressant au temps de travail du XXI^e siècle, a trouvé deux caractéristiques communes aux emplois précaires. La première caractéristique est le faible nombre d'heures de travail, ce qui implique un faible revenu, et la deuxième est l'impossibilité de prévoir un nombre d'heures de travail par semaine. Bref, ces deux caractéristiques montrent qu'il devient difficile pour les travailleurs d'organiser leur vie personnelle et de prévoir l'état leurs finances personnelles (Bureau international du Travail, 2011). Le travail précaire nuit à la stabilité financière parce que les travailleurs atypiques ne bénéficient généralement pas des mêmes avantages et bénéfices que les travailleurs permanents, et n'ont pas de sécurité d'emploi (Bourhis & Wils, 2001; International Labour Office, 2016).

Cette précarisation de l'emploi est présente dans l'ensemble du marché du travail, notamment au Canada et au Québec, et plus particulièrement dans le secteur de l'éducation et de la santé, où la main-d'œuvre est composée majoritairement de femmes (Boivin, 2012). Dans le secteur de la santé, une proportion importante d'emplois à temps partiel et un certain nombre d'emplois occasionnels rendent l'emploi des infirmières précaire (Dubois & Dussault, 2002/3). Selon l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ), en 2011-2012, près de la moitié des infirmières du Québec (41,7%) occupaient un emploi précaire, soit à temps partiel ou occasionnel, que ce soit dans des établissements public ou par l'entremise d'agences de placement (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2012).

Même si ces emplois atypiques assurent une flexibilité aux gestionnaires quant à la gestion de leur personnel, ils ne sont pas sans conséquence sur les salariés. Premièrement, la tendance à la création de postes à temps partiel plutôt qu'à temps plein contraint les infirmières et infirmiers nouvellement sorties de l'école à devoir accepter un poste à temps partiel, plutôt que de se retrouver sans emploi (Dubois & Dussault, 2002/3). À titre d'exemple, une recherche portant sur les dangers de la restructuration du secteur de la santé souligne qu'en Ontario, entre 1991 et 1998, plusieurs infirmières ont quitté la province puisqu'elles ne parvenaient pas à trouver un emploi à temps complet (Grinspun, 2003; RNAO, 2001).

Pour certains, travailler à temps partiel est un choix qui facilite la conciliation travail et vie personnelle. Toutefois, pour d'autres, il leur est imposé dès l'embauche. Au Québec, en 2005, 36,3% des 40,7% du personnel infirmier travaillant à temps partiel souhaitaient occuper un emploi à temps plein (Shields & Wilkins, 2006). Sensiblement le même résultat a été constaté en Ontario, où 22,8% des 34,1% du personnel infirmier à temps partiel auraient aimé travailler à temps complet (Shields & Wilkins, 2006). Ces infirmières à qui on impose un poste à temps partiel sont sujettes à être moins engagées dans leur travail, n'ayant pas les conditions de travail qu'elles souhaiteraient (Grinspun, 2003).

3.2 Intensification du travail

L'intensification du travail implique une surcharge de travail ainsi qu'une standardisation des tâches à exécuter selon des contraintes de temps. Cela génère un sentiment inconfortable, soit celui de ne jamais pouvoir finir son travail dans le temps souhaité (Boivin, 2012).

Au Québec en 2005, 62% des infirmières déclaraient avoir une charge de travail trop lourde pour bien accomplir toutes leurs tâches (Shields & Wilkins, 2006). De plus, près de 50% de ces dernières affirmaient manquer de temps pour accomplir

toutes leurs tâches auprès des patients (Shields & Wilkins, 2006). Toutefois, d'autres statistiques rapportées par des économistes sur l'intensité du travail des infirmières du Québec en 2009 révèlent que l'intensité du travail demeure plus modeste au Québec qu'ailleurs au Canada (Laberge & Montmarquette, 2009). Ces mêmes statistiques révèlent que les infirmières du Québec travaillent moins d'heures, détiennent majoritairement un emploi à temps partiel, que le taux d'absentéisme est plus élevé, et que le nombre d'heures supplémentaires effectués est inférieur à celui de leurs collègues du reste du Canada (Laberge & Montmarquette, 2009 : 6). Pour ces raisons, ces économistes estiment que l'intensité du travail des infirmières et infirmiers du Québec est plus modeste qu'ailleurs au Canada. Par contre, cela ne signifie pas nécessairement que le travail ne se soit pas intensifié pendant leur quart de travail. Bref, à la suite de la restructuration du secteur de la santé du Québec, de nouvelles formes d'organisation du travail ont été mises en place, et il semblerait y avoir un lien entre ces dernières et l'intensification du travail des infirmières et infirmiers.

La réforme du secteur de la santé a amené des changements non seulement dans la gestion du personnel, mais également dans la pratique professionnelle elle-même (Dubois & Dussault, 2002/3). Dans un premier temps, les contraintes budgétaires ont forcé les dirigeants à réduire leurs effectifs. Cette diminution d'effectifs a contribué à la redéfinition des compétences, puisqu'une fragmentation des pratiques entre professionnels s'est avérée nécessaire pour continuer à assurer les soins aux patients (Dubois & Dussault, 2002/3). Le rôle des infirmières s'est transformé et elles doivent dorénavant assurer plus de responsabilités dans l'investigation et le traitement des patients, ce qui a un effet sur l'intensification de leur travail (Dubois & Dussault, 2002/3).

Les infirmières ont indiqué que la réorganisation de leur travail est caractérisée par une division des tâches entre les groupes de professionnels soignants, c'est-à-dire entre infirmières, infirmières auxiliaires, et préposés aux bénéficiaires (Lapointe et al., 2000). Cette division des tâches permettrait de réduire les coûts liés à la main-

d'œuvre. Cela s'explique par le fait que certaines tâches ne requièrent pas la qualification d'une infirmière pour les accomplir. Elles peuvent être accomplies par les infirmières auxiliaires ou les préposés, soit une main-d'œuvre qui coûte de 20 % à 40 % de moins que les infirmières (Lapointe et al., 2000). De plus, les réductions budgétaires sont une des raisons pour laquelle plusieurs emplois ont été supprimés – diminution proportionnelle au nombre de lits pour les patients (Lapointe et al., 2000). Par contre, un problème a été soulevé dans la recherche de Lapointe *et al.*, (2000) : les auteurs soulignent que la réduction du nombre de lits, bien que proportionnelle à la réduction de l'emploi, n'est pas proportionnelle au nombre de patients admis (Lapointe et al., 2000). Il s'agit là d'une autre source d'intensification du travail des infirmières (Lapointe et al., 2000). L'intensification du travail du personnel infirmier pourrait provenir en partie des compressions budgétaires du secteur de la santé ainsi que de la réorganisation du travail qui en découle.

À ce sujet, une étude a été menée en France sur la restructuration des hôpitaux et s'est intéressée à la façon dont les infirmières exécutent leur travail dans différents départements (Acker, 2005). Un des constats de cette recherche est que le travail des infirmières tend à s'intensifier depuis la restructuration et l'augmentation des postes à temps partiel. Cette intensification s'explique, entre autres, par l'augmentation des protocoles et des notes écrites dans les dossiers des patients. Ces mesures visent à assurer une bonne communication entre les infirmières lors des changements de quarts de travail et à veiller à la qualité des soins et des suivis auprès des patients (Acker, 2005). Puisque plusieurs infirmières travaillent à temps partiel, il y a un plus grand roulement d'infirmières auprès des patients : c'est la principale raison pour laquelle il est primordial que les notes aux dossiers soient complètes. Ces protocoles et notes écrites, visant à assurer la sécurité des patients ainsi qu'un meilleur suivi, semblent être en constante augmentation.

Une autre recherche s'intéressant aux effets de la flexibilisation de l'organisation du travail a été menée en France par Raveyre et Ughetto (2002). Les auteurs se sont penchés sur l'existence d'un lien entre la forme d'organisation du

travail et l'intensification du travail. Pour ce faire, des études ont été menées dans des hôpitaux auprès de salariés : ces derniers ont été questionnés sur leur perception de l'intensification du travail et du rôle joué par l'organisation du travail. Cette recherche s'est inspirée d'études démontrant que les salariés affirment que leur charge de travail s'intensifie de plus en plus avec le temps.

Parallèlement, les nouveaux modèles productifs, tels que l'approche *Lean*, semblent imposer des exigences et des pressions temporelles quant à la réduction des délais et de la qualité du travail, ce qui expliquerait l'intensification du travail. Dans le cadre de cette recherche, le personnel infirmier a relevé une « *complexité croissante des savoirs et savoir-faire* » (Raveyre & Ughetto, 2002 : 2) quant aux nouvelles technologies médicales et à l'évolution du traitement des pathologies ; autre facteur lié à l'intensification du travail (Raveyre & Ughetto, 2002). Des constats similaires ont été soulevés à la suite de la restructuration des soins de santé au Québec. L'intensification du travail découlerait entre autres de l'accroissement de la demande en raison du vieillissement de la population et de l'introduction de nouvelles technologies médicales qui exigent l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences (Lapointe et al., 2000).

Cela dit, les salariés expriment un sentiment « d'urgence », de pression temporelle, notamment pour accomplir plus de tâches en moins de temps (Raveyre & Ughetto, 2002). Les infirmières mettent l'accent sur le manque d'effectifs et le poids des procédures pour expliquer les nouvelles exigences de leur travail (Raveyre & Ughetto, 2002). L'intensification est donc une conséquence de délais plus courts pour produire plus rapidement et efficacement, en utilisant le moins d'effectifs possible (Boivin, 2012). À cet effet, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) exprime une certaine inquiétude face à l'intensification du travail découlant du modèle de gestion *Lean*, surtout en matière de qualité des soins et services, de la profession elle-même et des conditions de travail (Laforest, 2011). Sur le plan de la qualité des soins et services, la standardisation des soins préconisée par l'approche de gestion *Lean* pourrait nuire à la relation entre l'infirmière et le patient en mettant de

côté l'aspect relationnel du rôle de l'infirmière. Parallèlement à cette intensification du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux, notons que la littérature sur les nouvelles formes d'organisation du travail souligne aussi cette intensification du travail.

3.3 Individualisation des temps de travail

La diversification des formes d'emploi – contrats à durée indéterminée ou à durée déterminée, temps complet ou temps partiel, sur appel ou via les agences de placement – tend à accroître les horaires non traditionnels. Les horaires traditionnels prenaient la forme d'un travail à temps complet de jour du lundi au vendredi ou encore, dans des établissements fonctionnant en continu, de quarts de travail fixes. Ces diverses formes d'emploi créent une multiplicité d'horaires de travail possibles, que l'on qualifie de diversification des temps individuels (Michon, 2005).

La diversité de types de contrat de travail crée une multiplicité de types d'horaires qui deviennent non seulement difficiles à gérer, mais qui tendent à l'effritement du travail collectif vers l'individualisation du travail (De Coninck, 2006). La tendance à utiliser le temps supplémentaire comme stratégie de gestion du personnel, et le recours de plus en plus accru aux emplois à temps partiel sont des méthodes de gestion des ressources humaines qui contribuent à l'individualisation du travail et au recul des horaires collectifs (Bouffartigues & Bouteiller, 2002; Michon, 2005). Ce recul s'illustre entre autres par l'hétérogénéité des horaires de travail qui crée certains problèmes à l'interne. Par exemple, pour organiser des réunions entre collègues de travail, il est difficile de convenir d'une date à laquelle tous les salariés seront disponibles en même temps (De Coninck, 2006). De même, considérant qu'en 2002, 46 % du personnel soignant occupait un poste à temps partiel, cela a accentué les problèmes liés à la gestion des horaires de travail (Shannon & French, 2005). De plus, le temps partiel réduit de façon considérable la stabilité et la cohésion au sein d'une équipe de travail (Shannon & French, 2005).

L'individualisation des temps de travail se remarque par l'utilisation accrue des heures supplémentaires individuelles, ainsi que par la grande place occupée par le travail à temps partiel (Bouffartigues & Bouteiller, 2002). Autrefois, l'aménagement des temps de travail s'insérait dans une logique collective avec des horaires « standards », alors que plus récemment, cet aménagement s'inscrit dans une logique individuelle conduisant à des horaires différents pour chacun (Genin, 2007).

3.4 Flexibilisation des horaires de travail

Un horaire « *régulier* » ou « *normal* » est caractérisé par des heures fixes d'une semaine à l'autre et généralement exécutées de jour du lundi au vendredi. Dans le cas des emplois atypiques comme le travail à temps partiel, occasionnel ou sur appel, les horaires de travail peuvent être variables et peuvent changer d'une semaine à l'autre, voire d'une journée à l'autre (Bourhis & Wils, 2001; Cottrell et al., 2002). Les organisations qui fonctionnent 24 heures sur 24 ont recours à ce type d'horaire organisé selon trois quarts de travail en rotation (jour, soir, nuit) (Bourhis & Wils, 2001).

Les hôpitaux sont un bon exemple d'organisation qui fonctionne en continu avec trois quarts de travail. De ce fait, les horaires de travail sont souvent irréguliers et imprévisibles en raison de la demande qui varie tous les jours. Cette fluctuation de la demande rend difficile la prévision des effectifs nécessaires pour répondre aux besoins des patients. Par conséquent, nous assistons à une forte augmentation du temps supplémentaire chez les infirmières dans le secteur de la santé pour s'adapter aux fluctuations de la demande, mais aussi pour pallier le manque d'effectifs infirmiers (Dubois & Dussault, 2002/3).

De façon plus globale, en 2011 l'Organisation internationale du travail s'est intéressée à l'organisation du temps de travail qui caractérise le vingt-et-unième siècle. Il en ressort que la forme de flexibilité du temps de travail la plus répandue est

de loin celle du temps partiel (Bureau international du Travail, 2011). Le développement massif du travail à temps partiel n'est pas uniquement dans l'intérêt des gestionnaires. Il est également un levier intéressant pour les salariés afin de leur permettre d'organiser leur temps de travail de façon moins « rigide » (Bouffartigues & Bouteiller, 2006). Le travail à temps partiel est un levier intéressant pour les salariés lorsqu'il s'agit d'horaires stables, permettant ainsi de mieux concilier leur emploi et leur vie personnelle. Par contre, il devient moins intéressant et plus difficile à gérer lorsque les horaires sont imprévisibles et instables. Évidemment, la question qui se pose est de savoir si l'augmentation du travail à temps partiel est un choix personnel des salariés, ou si les salariés sont contraints d'accepter un poste à temps partiel sans quoi ils se retrouveraient sans emploi (Bureau international du Travail, 2011). L'OIT remarque également que se sont majoritairement les femmes qui occupent des emplois à temps partiel. Ce même constat a été fait par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (ci-après : OIIQ) qui constate que même si les hommes sont minoritaires dans la profession, ils sont plus nombreux que les infirmières à travailler à temps complet, à 68 % contre 57 %, respectivement (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2012).

3.5 Dégradation des conditions de travail

Les effets présentés aux sections 3.1, 3.2, 3.3 et 3.4 occasionnent pour les travailleurs une dégradation globale des conditions de travail. Cette dégradation se fait ressentir plus particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux en raison du contexte de la réforme du secteur de la santé et de la réorganisation du travail. Ces changements ont entraîné une dégradation des conditions de travail du personnel infirmier. À la suite de cette restructuration, la plupart des infirmières affirment leur mécontentement face à leurs conditions de travail, à leur horaire de travail atypique, à l'intensification de leur travail et au manque chronique de personnel (Tournoud & Montigny, 2004). Enfin, la dégradation des conditions de travail affecte nécessairement le bien-être et la santé des infirmières. Des statistiques sur la

satisfaction en emploi montrent que les infirmières du Québec sont plus insatisfaites de leur emploi que les infirmières du reste du Canada (Shields & Wilkins, 2006). Ces mêmes statistiques montrent qu'en 2005, 13,4% des infirmières au Québec étaient insatisfaites de leur emploi.

La précarisation de l'emploi engendre plusieurs effets néfastes sur le personnel infirmier pour les raisons suivantes : « *Appels au jour le jour et à toute heure, d'horaires variables, de dispersion de l'emploi, de l'incapacité de répondre à certaines obligations familiales* » (Dubois & Dussault, 2002/3). Ces contraintes, en plus de l'intensification du travail, de l'individualisation des temps de travail et de l'instabilité des équipes de travail, dégradent leurs conditions de travail et sont des facteurs de risque pour la santé physique et mentale des infirmières. Ces facteurs de risques contribuent à accroître le sentiment d'insatisfaction et augmentent les cas d'épuisement au travail (Dubois & Dussault, 2002/3).

Enfin, certains acteurs syndicaux craignent pour les conditions de travail des infirmières. Le contexte de réorganisation du secteur de la santé et de réorganisation du travail tend vers une densification des tâches, une intensification du travail et une augmentation des pressions temporelles (Laforest, 2011). Pour plusieurs auteurs, la profession d'infirmière perd de son sens : les infirmières sont souvent trop débordées pour avoir suffisamment de temps pour avoir des échanges verbaux avec les patients, alors que la « *dimension humaine et relationnelle* » se doit d'être au cœur de cette profession (Boivin, 2012; Laforest, 2011; Lapointe et al., 2000). De plus, certaines pratiques de gestion utilisées dans le secteur de la santé, telles que le *juste à temps*, rendent imprévisible leur horaire de travail et désorganisent leur vie hors travail. La possibilité de recevoir un appel à tout moment ou de devoir faire du temps supplémentaire après leur quart de travail exerce une forte pression temporelle. Ces facteurs génèrent un sentiment de stress et d'urgence, qui donnent aussi lieu à une dégradation de la qualité et des conditions de travail (Boivin, 2012). Ce mode de gestion peut améliorer la rentabilité et réduire les coûts en terme de main-d'œuvre, bien souvent au détriment des conditions de travail des salariés (Boivin, 2012).

Enfin, tous ces effets sur les infirmières entraînent chez elles un sentiment d'insatisfaction et de démotivation au travail qui a des effets néfastes sur leur santé physique et mentale (Bourhis & Wils, 2001; Grinspun, 2003; Shannon & French, 2005).

IV. La problématique et la question de recherche

Les établissements de santé sont tous confrontés à une problématique de gestion reliée à l'organisation du travail, qui « *consiste à la fois à améliorer la qualité des soins, à augmenter l'accessibilité et à freiner l'augmentation des coûts* » (Foropon, Landry, Beaulieu, & McLachlin, 2013). Cette problématique de gestion est majoritairement causée par les contraintes budgétaires, et est à l'origine de la restructuration du système de la santé du Québec. La fermeture et la fusion de certains hôpitaux et la réduction de l'emploi dans le secteur de la santé sont à l'image de la restructuration du système de la santé au Québec qui s'est transformé à la suite du « virage ambulatoire » vers 1995 (Lapointe et al., 2000). Ce « virage ambulatoire » du système de la santé, qui consiste à déplacer les soins aux patients de l'hôpital vers d'autres établissements de santé, se caractérise notamment par « *les fusions et fermetures d'établissements, la redéfinition des fonctions et de la répartition géographique des établissements, la réduction draconienne du nombre de lits d'hospitalisation, etc.* » (Dubois & Dussault, 2002/3 : 59). Cette réorganisation a conduit à la fusion d'hôpitaux pour former des Centres hospitaliers universitaires. Elle a aussi entraîné une réorganisation des soins de santé, notamment en « standardisant » les soins et traitements dispensés aux patients (Lapointe et al., 2000). Un des objectifs ultimes de cette « standardisation » était notamment d'éliminer les soins inutiles et d'écourter la durée d'hospitalisation des patients pour réduire les coûts, tout en administrant des soins de grande qualité (Lapointe et al., 2000). Ces restructurations du travail infirmier visaient principalement à réduire les

coûts de main-d'œuvre pour continuer à assurer des soins efficaces à une population vieillissante (Denton, Urla Zeytinoglu, Davies, & Lian, 2002).

Ces pratiques de gestion qui visent la «standardisation» des soins s'inspirent du modèle de production *Lean*, implanté dans quelques hôpitaux du Québec jusqu'à présent, et qui est en voie d'implantation à l'échelle de la province. Le modèle organisationnel *Lean* met de l'avant des dispositifs organisationnels qui ont un impact sur la gestion des temps de travail. Un de ces dispositifs, le travail en *juste à temps*, permet de recourir à de la main-d'œuvre à des moments ponctuels, ce qui vient nécessairement influencer la gestion des temps de travail.

Or, en réaction à ces changements organisationnels et à cette pression sur l'organisation des temps de travail, le temps supplémentaire est devenu une pratique courante dans le secteur de la santé du Québec (4.1), notamment le temps supplémentaire obligatoire, ci-après TSO (4.2). C'est à ce phénomène précis que notre mémoire s'intéresse.

4.1 Temps supplémentaire

La restructuration du secteur de la santé et la pénurie de main-d'œuvre infirmière contraignent les gestionnaires à adopter le temps supplémentaire comme stratégie de gestion du personnel pour répondre aux besoins ponctuels des patients (Shannon & French, 2005). Les gestionnaires ne peuvent recruter davantage d'infirmières en raison des contraintes budgétaires, ils ont donc recours temps supplémentaire afin d'assurer l'accessibilité aux soins et aux services. Pourtant, des recherches montrent qu'en plus de précariser l'emploi d'une main-d'œuvre qualifiée, l'utilisation du temps supplémentaire coûte excessivement cher (Shannon & French, 2005). L'utilisation excessive du temps supplémentaire auprès des infirmières travaillant à temps plein est, d'une part, une solution pour répondre aux besoins des

patients, et d'autre part, une solution pour remplacer les salariés absents et malades (Shannon & French, 2005).

Au Québec, en vertu de l'article 59.0.1 de la *Loi sur les normes du travail*², un salarié a le droit de refuser de travailler au-delà de ses heures habituelles de travail après un certain seuil. Cela signifie que le travailleur peut être tenu de travailler au-delà de ses heures habituelles si ce seuil n'est pas atteint (Vallée, 2010). Le temps supplémentaire, qu'il soit volontaire ou obligatoire, implique nécessairement de longues heures de travail, ce qui pourrait potentiellement nuire au jugement et aux habiletés des infirmières dans l'administration de soins appropriés (Shannon & French, 2005). À long terme, les effets causés par le temps supplémentaire risquent d'augmenter les accidents de travail en plus d'augmenter le taux d'absentéisme des infirmières (Desombre, Kelliher, Macfarlane, & Ozbilgin, 2006).

Au Canada, l'ensemble des infirmières travaillent environ 1 million d'heures supplémentaires chaque semaine, ce qui équivaut à 7 000 emplois à temps plein par année (Shannon & French, 2005 : 233). Dans la même veine, en Ontario, les hôpitaux ont versé aux infirmières près de 171 millions de dollars en temps supplémentaire en 1997 et 1998. Au vu de ces statistiques, non seulement le recours au temps supplémentaire coûte-t-il excessivement cher, mais il crée des conditions de travail néfastes. Il est à craindre que l'utilisation du temps supplémentaire ne fasse que mettre un pansement sur un problème actuel, sans penser aux conséquences futures, notamment à l'égard de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers.

L'usage accru des heures supplémentaires semble non seulement être causé par une pénurie de main-d'œuvre, mais également par les pratiques de gestion des ressources humaines. Dans le secteur de la santé, il est essentiel que les services soient offerts aux patients en continu. C'est pourquoi certaines infirmières sont

²*Loi sur les normes du travail*, RLRQ c. N-1.1, art. 59.0.1 al.1, par.1.

contraintes de devoir accepter de travailler des heures supplémentaires. La section qui suit présentera cette problématique à laquelle le personnel infirmier est confronté.

4.2 Temps supplémentaire obligatoire (TSO)

Les infirmières doivent souvent accepter les demandes de TSO pour se conformer au *Code de déontologie des infirmières*³. Jusqu'en 2015, deux énoncés sont prévus dans le *Code de déontologie*. L'article 43⁴ stipule que seule une raison grave peut donner droit à l'infirmière de refuser de faire du temps supplémentaire. L'article 16⁵ prévoit aussi que l'infirmière peut refuser de continuer à travailler après son quart de travail si son état est susceptible de mettre en danger les patients. Ces deux énoncés sont plutôt vagues et laissent dans le doute les infirmières quant à savoir si elles peuvent refuser de faire du temps supplémentaire sans violer le code de déontologie et être soumises à des sanctions disciplinaires (Bougie & Cara, 2008). Alors que les gestionnaires réussissent à combler leur manque de personnel par le temps supplémentaire obligatoire, les infirmières sont souvent menacées d'être licenciées, de subir des mesures disciplinaires, ou encore de perdre leur licence si elles refusent de faire du temps supplémentaire après leur quart de travail, ou si elles refusent de travailler pendant leurs journées de congé (Rogers, Hwang, Scott, Aiken, & Dinges, 2004).

³ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 4, remplacé en 2015 par le nouveau *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c.I-8, r. 9. Puisque la collecte de données de notre recherche date de 2014, nous avons continué à utiliser l'ancien Code de déontologie.

⁴ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 4, art. 43 : « À moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un client ne peut l'abandonner ». Noter que l'alinéa 2 de l'article 59.0.1 de la *Loi sur les normes du travail* prévoit que le droit de refuser de travailler au-delà de ses heures habituelles de travail après quatre heures ne s'applique pas si ce refus va à l'encontre d'un code de déontologie.

⁵ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 4, art. 16 : « Outre ce qui est prévu à l'article 54 du Code des professions (chapitre C-26), l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services. L'infirmière ou l'infirmier est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services notamment s'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toute autre substance pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience ».

Une étude s'est intéressée au temps supplémentaire obligatoire et à la relation entre le temps supplémentaire effectué sur une base volontaire et les erreurs médicales. Obligatoire ou volontaire, le temps supplémentaire représente un risque d'augmentation des erreurs médicales (Olds & Clarke, 2010). Ce constat n'est pas surprenant : la principale raison pour laquelle les infirmières souhaitent travailler des heures supplémentaire sur une base volontaire est de gonfler leur revenu (Bae, 2012). Actuellement au Québec, aucun nombre d'heures maximal n'a été fixé. Cela fait en sorte que plusieurs infirmières dépassent les 40 heures par semaine et augmentent leur salaire grâce aux primes liées au temps supplémentaire. À titre d'exemple, en 2005 une enquête nationale sur le travail et la santé du personnel de la santé révélait que 28,3 % du personnel infirmier travaillait habituellement plus de 40 heures par semaine au Québec (Shields & Wilkins, 2006).

Considérant l'augmentation des risques d'erreurs médicales en raison de la fatigue accumulée après 40 heures de travail, ne serait-il pas prudent d'établir une réglementation fixant un nombre maximal d'heures de travail, tout comme l'a proposé l'*Institute of Medicine* en 2004 ? De telles mesures sont déjà en place dans certains états des États-Unis (Rogers et al., 2004).

La revue de la littérature étant maintenant complétée, passons à la question de recherche du présent mémoire.

4.3 Question de recherche

Le présent mémoire s'intéresse au temps supplémentaire obligatoire (TSO) engendré par les différentes formes d'organisation du travail et de gestion des temps de travail dans le secteur de la santé. Les conséquences de ces changements organisationnels préoccupent certainement les syndicats et les gestionnaires des établissements de santé au Québec, et c'est pourquoi nous avons choisi d'explorer la

question. Plus précisément, nous tenterons de voir si certains modes d'organisation du travail et de gestion du temps de travail ont une incidence sur le recours au temps supplémentaire obligatoire. Ainsi, à la lumière de la littérature, nous avons élaboré la question de recherche suivante : **quelle est l'influence des formes d'organisation du travail mises en place dans le secteur de la santé du Québec sur les temps de travail, plus précisément sur l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières?**

CHAPITRE 2 – CADRE DE RECHERCHE

Le deuxième chapitre vise à présenter le modèle de recherche (I) ainsi que la méthodologie (II) utilisée pour analyser les liens qui existent entre l'organisation du travail, l'organisation des temps de travail et le recours au temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières du Québec. Dans un premier temps, nous présentons le modèle conceptuel de recherche – schématisé à la figure 1 – afin de d'exposer les trois variables à l'étude. Nous présentons et expliquons également nos propositions de recherche. Dans un second temps, nous présentons la méthodologie utilisée pour réaliser ce mémoire de recherche.

I. Modèle de recherche

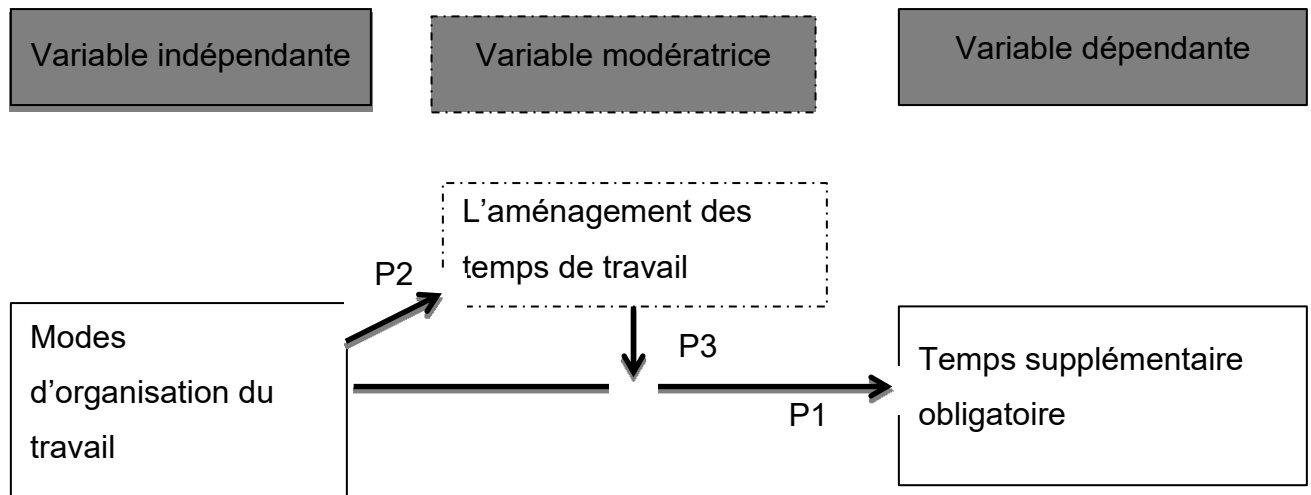
Notre modèle de recherche se divise en deux parties. La première porte sur le modèle conceptuel de recherche, qui décrit les trois variables à l'étude. La seconde partie du modèle de recherche expose les propositions de recherche que nous avons élaborées en fonction de la littérature.

1.1 Modèle conceptuel

La figure 1 ci-dessous illustre le modèle conceptuel du présent mémoire. À l'image de ce modèle conceptuel, la variable indépendante, *les modes d'organisation du travail*, influence la variable dépendante, *le temps supplémentaire obligatoire*. La relation entre la variable indépendante et la variable dépendante est modérée par la variable modératrice, *l'organisation des temps de travail*. Ce modèle vise à illustrer comment les modes d'organisation du travail influencent l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire et en quoi cette relation est fonction de l'organisation des temps de travail. Afin de bien comprendre ce modèle conceptuel de recherche, nous décrivons chacune de nos variables : *les modes d'organisation du travail* (variable

indépendante 1.1.1) ; *l'organisation des temps de travail* (variable modératrice 1.1.2) ; *le temps supplémentaire obligatoire* (variable dépendante 1.1.3).

Figure 1
Modèle conceptuel



1.1.1 Variable indépendante : les modes d'organisation du travail

Comme l'indique la figure 1, les modes d'organisation du travail représentent la variable indépendante à l'étude.

La revue de la littérature au regard des modes d'organisation du travail fait ressortir quatre principaux modèles : le modèle en structure simple, le modèle taylorien, le modèle apprenant, ainsi que le modèle *Lean*. Tel qu'exposé dans la littérature, le modèle en structure simple et le modèle taylorien sont considérés comme des modèles d'organisation du travail plus traditionnels. Ces modèles ont servi de base à l'élaboration de nouveaux modèles en réaction aux évolutions du marché, aux avancées technologiques et aussi pour répondre aux besoins d'une main-d'œuvre plus scolarisée et plus qualifiée qu'autrefois. Les modes d'organisation

du travail plus traditionnels sont caractérisés par une supervision accrue et un plus grand contrôle sur le travail des travailleurs. Les nouveaux modes d'organisation, quant à eux, favorisent davantage l'autonomie des travailleurs dans l'accomplissement de leur travail. Enfin, la revue de la littérature sur l'organisation du travail dans le secteur de la santé du Québec montre qu'il y a une tendance vers une décentralisation du travail, conformément à certains principes des nouveaux modèles d'organisation du travail (Foropon et al., 2013; Lapointe et al., 2000; Villeneuve, 2012). Cependant, étant donné le peu de recherche effectuée au sujet du TSO, nous trouvons intéressant d'étudier les modes d'organisation du travail mis en place dans le secteur de la santé du Québec.

1.1.2 Variable modératrice : l'aménagement des temps de travail

Tel qu'illustré à la figure 1, l'aménagement des temps de travail est la variable à l'étude qui pourrait modérer, c'est-à-dire diminuer ou augmenter, l'influence des modes d'organisation du travail sur le recours au temps supplémentaire obligatoire.

La façon dont sont gérés les temps de travail en lien avec l'existence de nouvelles formes d'emploi dans une organisation peut influencer le recours au TSO. Cette variable modératrice servira à analyser si les temps de travail plus atypiques – irréguliers et imprévisibles – sont liés à l'utilisation accrue du temps supplémentaire obligatoire chez le personnel infirmier. Nous vérifierons aussi si le recours au temps supplémentaire obligatoire s'effectue davantage auprès des infirmières travaillant à temps complet, à temps partiel, occasionnel ou encore sur appel.

1.1.3 Variable dépendante : le temps supplémentaire obligatoire

Suivant le modèle conceptuel illustré à la figure 1, le temps supplémentaire obligatoire est la variable dépendante à l'étude.

Le temps supplémentaire obligatoire se définit par l'obligation de devoir travailler des heures supplémentaires, au-delà de la semaine normale de travail établie dans la L.n.t.⁶ ou dans les conventions collectives. Bien qu'aucune définition officielle du temps supplémentaire obligatoire n'ait été établie, nous avons retenu celle de l'arbitre ayant rendu la décision T.A., 2014, impliquant un centre hospitalier (voir la section 2.2.3 du présent chapitre, qui explique comment ont été sélectionnées les sentences arbitrales retenues):

- 1- Toute période pendant laquelle une infirmière est forcée à exécuter une prestation de travail en dehors de son quart régulier de travail.
- 2- L'acceptation in extremis d'une infirmière faisant le constat de la nécessité de se « sacrifier » pour éviter l'odieux d'une charge de travail supplémentaire sur les épaules des collègues déjà surchargés.
- 3- Le fait d'entrer au travail plusieurs heures avant le début de son quart de travail dans l'espoir de ne pas se voir exiger de continuer à travailler en TSO après son quart de travail.

À la lumière de la littérature sur le secteur de la santé, nous constatons que les infirmières sont particulièrement touchées par les heures supplémentaires obligatoires. Certaines particularités du secteur de la santé favorisent l'usage du temps supplémentaire obligatoire. D'une part, pour assurer le service en continu auprès des patients malgré une pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. D'autre part, pour répondre à l'augmentation de la demande de soins en raison du vieillissement de la population. Les études sur le temps supplémentaire dans le secteur de la santé portent souvent sur les effets de cet élément sur l'état de santé physique et psychologique du personnel soignant (Shannon & French, 2005) (Bourbonnais, Brisson, Vézina, Masse, & Blanchette, 2005; Denton et al., 2002; Kattenbach, Demerouti, & Nachreiner, 2010). Dans cette recherche, nous nous intéressons aux diverses formes que peut prendre le temps supplémentaire

⁶ *Loi sur les normes du travail*, RLRQ, c. N-1.1, art. 52

obligatoire dans les établissements de santé du Québec, et ce, en fonction des modes d'organisation du travail utilisés et de la gestion des temps de travail.

1.2 Propositions de recherche

À la suite de la revue de la littérature précédemment exposée et du modèle de recherche que nous avons élaboré, nous émettons trois propositions de recherches. Ces dernières sont utiles à l'analyse de nos résultats, après quoi nous pourrions les confirmer ou les infirmer.

1.2.1 Première proposition

Nous supposons qu'il y a un lien entre les modes d'organisation du travail (VI) et le recours au temps supplémentaire obligatoire (VD).

Nous soulevons cette première proposition de recherche à partir de certains éléments tirés de la littérature. D'abord, plusieurs recherches sur le secteur de la santé du Québec traitent de l'importante restructuration mise en œuvre dans les années 1990 pour faire face à un contexte de pénurie de main-d'œuvre infirmière et de contraintes budgétaires. Cette restructuration a occasionné des changements sur le plan de l'organisation du travail (Foropon et al., 2013; Lapointe et al., 2000; Shannon & French, 2005; Villeneuve, 2012). Depuis, les gestionnaires semblent adopter le temps supplémentaire obligatoire comme stratégie de gestion du personnel pour combler leurs besoins de main-d'œuvre, en fonction des besoins ponctuels des patients (Shannon & French, 2005). Ces éléments nous portent à croire qu'il y a un lien entre l'arrivée de ces changements dans l'organisation du travail et le recours au temps supplémentaire obligatoire.

1.2.2 Deuxième proposition

Nous supposons que les modes d'organisation du travail (VI) ont une influence sur l'aménagement des temps de travail (VM).

Tel qu'exposé dans les travaux de Bunel et ses collègues (Bunel et al., 2008), certains enjeux économiques et sociaux, de même que les limites du modèle taylorien, ont stimulé le développement de nouveaux modèles organisationnels. Ces nouveaux modèles organisationnels ont vu le jour pour s'adapter à un marché du travail devenu plus instable et concurrentiel (Bunel et al., 2008; Lorenz & Valeyre, 2005). De plus, l'évolution et l'insertion des nouvelles technologies dans les milieux de travail ont eu un rôle à jouer dans l'élaboration de nouveaux modèles organisationnels, qui ont permis aux employeurs de revoir leur modèle de production (Bunel et al., 2008). Ainsi, les nouveaux modes d'organisation du travail semblent avoir une influence sur les formes d'emploi en rendant la gestion des temps de travail plus versatile et flexible pour les employeurs (Boivin, 2012).

1.2.3 Troisième proposition

Nous supposons que l'aménagement des temps de travail (VM) modère – de manière positive ou négative – la relation entre les modes d'organisation du travail (VI) et le temps supplémentaire obligatoire (VD).

Conformément à notre première proposition, nous croyons qu'il y a un lien entre les modes d'organisation du travail et le TSO, mais nous postulons également que l'organisation des temps de travail a une influence sur cette relation. Nous soutenons cette proposition puisque le recours au temps supplémentaire obligatoire repose entre autres sur l'aménagement des temps de travail. Les gestionnaires qui désirent avoir plus de flexibilité dans la gestion des temps de travail adoptent des dispositifs institutionnels comme le temps supplémentaire, le travail à temps partiel ou

le travail sur appel – alternatives aux horaires collectifs uniformes (Michon, 2005). De plus, notre proposition de recherche est renforcée par le fait que le temps supplémentaire obligatoire a été utilisé fréquemment au cours des deux dernières restructurations du secteur de la santé. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, ces restructurations ont nécessité plusieurs adaptations et ont entraîné des changements dans l'organisation du travail et dans l'aménagement des temps de travail.

II. Méthodologie

Suite au modèle de recherche précédemment exposé, nous avons choisi une méthodologie qualitative pour réaliser le présent mémoire de recherche. Dans un premier temps, nous présentons le type de recherche dans lequel s'inscrit ce mémoire (2.1). Dans un second temps, nous décrivons notre plan d'observation et le terrain de recherche pour étudier les variables à l'étude (2.2). Ce plan d'observation comprend l'échantillon et la méthode de collecte de données. Les composantes et les indicateurs de nos variables à l'étude seront ensuite présentés à la section (2.3). Finalement, nous présentons le plan d'analyse (2.4) et un tableau (2.5) illustrant comment nous avons traité les informations recueillies.

2.1 Type de recherche

Le présent mémoire s'inscrit dans une recherche exploratoire et compréhensive, basée sur des données qualitatives. Il touche trois volets des relations industrielles : la gestion des ressources humaines, les relations de travail, et le droit du travail.

2.1.1 Recherche exploratoire et compréhensive

Notre recherche est de type exploratoire, puisqu'il s'agit d'analyser un sujet qui, à notre connaissance, n'a fait l'objet d'aucune recherche au Québec : l'impact des modes d'organisation du travail et de l'organisation des temps de travail sur le recours au temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières. De plus, aucune étude n'a établi de comparaison entre divers établissements hospitaliers sur le plan de l'organisation du travail et de l'organisation des temps de travail (voir 2.2.1). Quelques recherches se sont concentrées sur l'évolution de l'organisation du travail des soins infirmiers, en s'intéressant notamment aux nouvelles approches de gestion, dont le modèle de gestion *Lean* (Foropon et al., 2013; Laforest, 2009, 2011; Lapointe et al., 2000; Villeneuve, 2012). La littérature au sujet du temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières, quant à elle, est relativement volumineuse (Bae, 2012; Bougie, 2007; Bougie & Cara, 2008; Breton, 2013; Rogers et al., 2004). En combinant ces recherches, nous avons recueilli suffisamment d'information pour établir notre modèle de recherche.

Enfin, en plus d'être exploratoire, cette recherche est également compréhensive puisque nous tentons de comprendre les relations qui existent entre les trois variables à l'étude : *les modes d'organisation du travail, la gestion des temps de travail, et le temps supplémentaire obligatoire*.

2.1.2 Recherche inductive

La présente recherche s'inscrit dans une logique inductive, communément utilisée dans les recherches qualitatives et exploratoires. Comme il a été énoncé précédemment, le sujet de notre recherche est très peu documenté. Nous avons élaboré des propositions de recherche basées sur la littérature consignée tout en laissant place à l'induction. Les données brutes récoltées lors des entretiens avec les conseillers syndicaux et les gestionnaires seront analysées à plusieurs reprises afin

d'assurer l'interprétation la plus exacte possible des résultats. L'objectif d'une recherche inductive est d'intégrer les interprétations du chercheur – les résultats – dans le modèle de recherche pour en tirer des conclusions (Blais & Martineau, 2006).

2.1.3 Recherche qualitative

Comme nous le verrons dans la section 2.2, notre mémoire compare la situation dans deux centres hospitaliers. C'est pourquoi nous avons opté pour une recherche qualitative, plus appropriée qu'une recherche quantitative dans une telle situation, afin de comprendre et d'analyser le phénomène à l'étude plus en profondeur. Notre mémoire repose sur une analyse de données qualitatives, basée sur des données riches et complexes (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008). Plus tard dans la présente section, nous abordons la méthode de traitement de ces données qualitatives, soit l'analyse de contenu thématique.

2.2 Plan d'observation

La présente section présente d'abord l'échantillon, et ensuite la méthode de collecte de données que nous avons utilisée pour recueillir les données qualitatives nécessaires à la réalisation de notre recherche.

2.2.1 Population

Notre étude concerne les infirmières travaillant en centre hospitalier, ce qui exclut les infirmières travaillant dans d'autres types d'établissements du secteur de la santé du Québec, pour qui la problématique du TSO se pose sans doute différemment. Comme elle s'intéresse aux pratiques de gestion relatives à l'organisation du travail infirmier, à l'aménagement des temps de travail et au TSO, nous avons décidé de rencontrer des personnes impliquées dans la gestion de

l'organisation du travail et de l'aménagement des temps de travail des infirmières. Ces intervenants proviennent d'un centre hospitalier francophone et d'un centre hospitalier anglophone.

2.2.2 Terrain de recherche

Aux fins du présent mémoire, nous comparons des données recueillies à la suite d'entretiens réalisés auprès de conseillers syndicaux, de membres d'exécutifs syndicaux et de gestionnaires rattachés aux deux centres hospitaliers – un centre francophone, l'autre anglophone. Ces centres hospitaliers sont les terrains sur lesquels nous avons recueilli les données en matière d'organisation du travail et des formes d'emploi. Grâce à ces données, nous pouvons analyser l'impact de ces éléments sur l'aménagement des temps de travail et plus particulièrement sur le recours au temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières. Dans le cadre du projet de recherche « *L'obligation de disponibilité du salarié* », des entrevues exploratoires ont été réalisées où les répondants ont soulevé des différences entre le centre hospitalier francophone et le centre hospitalier anglophone. Considérant que depuis l'adoption de la *Loi 30* en 2003, vingt-six matières de négociation sur l'organisation du travail ont été décentralisées à l'échelle locale, nous pouvons supposer qu'il existe des différences locales en matière d'organisation (Bolduc, 2015). Ainsi, à partir de ces constats, nous avons décidé de comparer les pratiques organisationnelles d'un centre hospitalier francophone et celles d'un centre hospitalier anglophone.

Profil des répondants

Afin de réaliser notre étude de cas et d'en apprendre davantage sur le recours au TSO auprès des infirmières, nous avons rencontré divers interlocuteurs qui ont participé à des entretiens semi-dirigés. Le tableau ci-dessous divise les interlocuteurs

en deux catégories : les gestionnaires « *Gest* », puis, du côté syndical, les conseillers ou membres d'exécutif syndicaux « *Synd* ».

Au total, huit entretiens individuels et collectifs ont été réalisés auprès de onze répondants, dont cinq gestionnaires, quatre conseillers syndicaux et deux membres de l'exécutif d'une organisation syndicale. Les gestionnaires que nous avons rencontrés travaillent soit au centre hospitalier francophone, au centre hospitalier anglophone ou au ministère, et certains sont des gestionnaires au sein de la direction des soins infirmiers. Du côté syndical, les conseillers et les membres des exécutifs que nous avons rencontrés appartiennent tous à la même fédération syndicale. Pour des raisons de confidentialité, et pour établir une comparaison entre les modes d'organisation du travail, d'aménagement des temps de travail et du TSO des deux centres hospitaliers à l'étude, nous les distinguons en les identifiant ainsi : centre « *francophone* » ou centre « *anglophone* ». Enfin, le tableau suivant indique également les dates des entretiens.

Répondants	Établissement / Centre	Date
Gest1	Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	24 octobre 2014
Gest2	Anglophone	28 octobre 2014
Gest3	Anglophone	28 octobre 2014

Gest4, Gest5	Francophone	8 décembre 2014
Synd1	Organisation syndicale	21 mars 2014
Synd2	Francophone	28 mars 2014
Synd2 ⁷ , Synd3, Synd4	Francophone	2 avril 2014
Synd5, Synd6	Anglophone	28 avril 2014

2.2.3 Sources et méthode de collecte de données

Notre recherche comporte deux sources de données : d'une part, des entretiens semi-dirigés individuels ou en groupes de deux à trois personnes, d'autre part, l'analyse de données documentaires.

Les données primaires de notre recherche proviennent d'entrevues semi-dirigées auprès de gestionnaires, de conseillers syndicaux et de membres des exécutifs syndicaux de deux centres hospitaliers. Les entrevues semi-dirigées ont été effectuées à l'aide d'une grille d'entretien composée de questions ouvertes sur des thèmes correspondant aux indicateurs présentés ultérieurement, à la section 2.3 *Opérationnalisation des variables*. Les entrevues comportaient des questions larges

⁷ À noter que « Synd 2 » apparaît à deux reprises dans le tableau des répondants, car cette personne a participé à deux entrevues.

pour récolter des informations riches au sujet de la question à l'étude. Cette méthode de collecte de données est couramment utilisée en sciences sociales, puisqu'elle permet d'approfondir la connaissance de certains phénomènes précis. Ces entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel QDA Miner, conçu pour analyser des données qualitatives. Ce logiciel nous a permis de déconstruire les extraits recueillis en leur attribuant des codes en fonction d'un système de marques visant à repérer et classer des extraits liés à nos composantes et indicateurs de recherche.

Aux fins de cette recherche, huit entretiens ont été réalisés, dont quatre auprès de conseillers syndicaux et de membres de l'exécutif d'une organisation syndicale représentant les salariés d'un centre hospitalier francophone et d'un centre hospitalier anglophone, puis quatre autres auprès de gestionnaires des deux centres hospitaliers en question. Nous avons débuté en contactant les conseillers syndicaux, notamment parce que nous connaissions une personne qui travaille au sein d'une organisation syndicale. Ces quatre premiers entretiens se sont échelonnés sur une période d'un mois, du 21 mars 2014 au 28 avril 2014. Les entretiens auprès des gestionnaires ont été réalisés à l'automne 2014, du 24 octobre au 8 décembre.

Nous avons ensuite analysé des données secondaires provenant de sources documentaires variées : convention collective nationale négociée par l'organisation syndicale représentant les infirmières des deux centres hospitaliers que nous étudions, ententes locales dans ces deux centres hospitaliers, sentences arbitrales, rapports annuels des deux centres hospitaliers, sites internet, articles de journaux et articles scientifiques. Les sentences arbitrales ont été trouvées en faisant un repérage sur SOQUIJ⁸ à l'aide de mots clés liés au temps supplémentaire et aux infirmières. Au total, nous avons trouvé quinze sentences arbitrales non-rattachées aux deux centres hospitaliers à l'étude, mais dont le contenu est applicable à la

⁸ SOQUIJ, éditeur juridique spécialisé en jurisprudence des tribunaux judiciaires et administratifs du Québec. Repéré sur <http://soquij.qc.ca>

convention collective nationale de l'organisation syndicale commune à plusieurs établissements de la santé du Québec.

À la lecture de ces sentences arbitrales, nous avons saisi comment les arbitres traitent et interprètent les diverses clauses de temps supplémentaire de la convention collective nationale ou les ententes locales de ces différents établissements. Parmi les quinze sentences arbitrales, nous en avons retenus deux, dont seulement une traite directement de TSO. L'autre traite du temps supplémentaire et de l'obligation de disponibilité.

Dans le tableau ci-dessous, nous présentons les deux sentences arbitrales que nous avons retenues aux fins de notre mémoire. Nous y indiquons les mots clés que nous avons utilisés pour faire le repérage, l'année de la convention collective ainsi que le code qui permettra de désigner ces sentences arbitrales.

Tableau 1 : Sentences arbitrales retenues aux fins d'analyse

Mots clés : Temps supplémentaire → Indexation Infirmière → Tous les champs (71 résultats)	
Convention collective nationale 2010-2015	Centre francophone à l'étude : <ul style="list-style-type: none"> • Aucune
	Centre anglophone à l'étude : <ul style="list-style-type: none"> • Aucune
	Autres établissements : <ul style="list-style-type: none"> • Sentence rendue en 2014 : (TA, 2014)⁹
Convention collective nationale 2000-	Centre hospitalier francophone à l'étude :

⁹ Pour des raisons de confidentialité, nous avons choisi de ne pas divulguer le titre de la sentence arbitrale, car il permettrait d'identifier les parties en cause.

2002	<ul style="list-style-type: none"> • aucune
	Centre hospitalier anglophone à l'étude : <ul style="list-style-type: none"> • aucune
	Autres établissements : <ul style="list-style-type: none"> • Sentence rendue en 2003 : (TA, 2003)

Enfin, l'ensemble des données secondaires ont été analysées à l'aide des composantes et indicateurs de nos variables, soit la même procédure que pour l'analyse des entretiens semi-dirigés. Les informations recueillies par l'analyse de documents sont complémentaires à celles recueillies lors des entrevues.

2.2.4 Validité et fidélité de la recherche

Évidemment, il est dans notre intérêt de mener à terme une recherche qui respecte le plus possible les critères de validité et de fidélité, afin que notre recherche contribue à l'avancement des connaissances sur le sujet à l'étude. Ci-dessous, nous expliquons ce que signifie la validité et la fidélité d'une recherche tout en expliquant ces notions par rapport à la réalité de notre recherche.

Validité interne et fidélité

Établissons d'abord la distinction entre les notions de validité et de fidélité d'une recherche. La validité repose essentiellement sur le principe que les résultats obtenus concordent avec les informations recueillies pour s'assurer que la méthode de recherche est en mesure de répondre à la question de recherche (Marchand, 2013). La fidélité d'une recherche repose sur le principe qu'elle puisse être reproduite par d'autres chercheurs en suivant les mêmes étapes et procédures, pour arriver aux mêmes résultats (Yin, 2009). L'objectif de la fidélité est de documenter en détail

les procédures entreprises pour réaliser la recherche, afin de réduire toutes formes d'erreurs possibles ou pour détecter toutes formes de biais (Yin, 2009).

Dans le cas présent, la validité interne de notre recherche repose sur la validité de notre grille d'entretien : les composantes et indicateurs de recherche. Ces derniers ont été établis en fonction d'un raisonnement inductif du phénomène à l'étude. Ils sont basés sur des informations provenant de la littérature et de sources documentaires secondaires.

Par contre, dans une recherche comme celle-ci, où nous analysons des données qualitatives provenant d'entrevues semi-dirigées, les résultats obtenus reflètent l'interprétation qu'en fait le chercheur. Il n'est donc pas toujours simple d'analyser et d'interpréter des données qualitatives. La quantité d'informations disponibles, la complexité et la richesse des données font en sorte que plusieurs auteurs critiquent la validité interne des recherches basées sur l'analyse des données qualitatives (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008). Toutefois, dans le cadre de la présente recherche, nous avons discuté de l'interprétation des résultats avec certains membres de l'équipe du projet de recherche, ce qui renforce la validité interne de notre recherche.

Validité externe

La validité externe d'une recherche fait référence à la capacité de pouvoir généraliser les résultats obtenus à une population au-delà de celle utilisée aux fins de la recherche en question (Yin, 2009). Dans le cas présent, même si l'étude repose sur deux centres hospitaliers, les résultats obtenus pourront contribuer à l'avancement des connaissances en matière de temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières du secteur de la santé.

2.3 Opérationnalisation des variables

L'opérationnalisation des variables nous permet d'étudier plusieurs composantes sur le terrain de recherche, et ce, à partir d'indicateurs auxquels elles sont rattachées. Après analyse, ces indicateurs seront utiles pour valider ou infirmer nos propositions de recherche

2.3.1 Opérationnalisation de la variable indépendante : les modes d'organisation du travail

Composantes	Indicateurs
-------------	-------------

<p>1. Dispositions légales sur la pratique professionnelle des infirmières</p> <p>2. Les règles négociées en matière d'organisation du travail</p> <p>3. Les pratiques d'organisation du travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qui décide de l'organisation du travail? • Rythme de travail imposé? • Autonomie dans l'exécution des tâches? • Coopération verticale dans le travail : hiérarchie entre les diverses catégories de professionnels • Coopération horizontale dans le travail : travail d'équipe, coopération entre les différentes catégories de professionnels • Un minimum d'infirmières? Il y a-t-il un ratio infirmier/patients? • Composition de l'équipe de travail (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires) • Les infirmières ont-elles de la difficulté à terminer leur travail dans le temps prévu?
---	--

Les composantes et les indicateurs de la variable indépendante réfèrent aux caractéristiques des différents modes d'organisation du travail découlant de la typologie exposée dans le premier chapitre du présent mémoire (Bunel et al., 2008; Lorenz & Valeyre, 2005).

2.3.2 Opérationnalisation de la variable modératrice : l'aménagement des temps de travail

Composantes	Indicateurs
-------------	-------------

<p>Règles négociées en matière des temps de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les différents statuts d'emploi (permanent, temps partiel, occasionnel, sur appel) • Comment les remplacements se font-ils entre les différents quarts de travail? (En cas d'absence, en cas de retards) • Quelles sont les modalités de la liste de rappel? Délai de prévenance? Qui décide? • Gestion des horaires de travail (autogestion des horaires)? Délais de prévenance? • Comment le temps de travail est-il contrôlé? • Horaires flexibles; régularité? • Y a-t-il des infirmières soumises à des temps de garde/astreinte? • Régularité des horaires de travail? • Des quarts de travail de 8 heures ou 12 heures (préférence?) • Le fonctionnement de la rotation des quarts de travail ; jour/soir/nuit. (Heures d'arrivée et de départ) • Travail exclusivement de jour / ou exclusivement de soir / ou exclusivement de nuit? • Travail de fin de semaine (1 fin de semaine sur deux, sur 4?)
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières travaillent en moyenne combien d'heures par semaine? • Lorsque les infirmières doivent rester après leur quart de travail, est-ce automatiquement considéré et rémunéré comme du temps supplémentaire? Quelle est la procédure?
--	--

2.3.3 Opérationnalisation de la variable dépendante : le temps supplémentaire obligatoire (TSO)

Composantes	Indicateurs
Recours au TSO auprès des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence du TSO par semaine/mois/année en nombre d'heures
Règlementation du temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des balises qui encadrent le temps supplémentaire obligatoire? • Quel est l'ordre à suivre pour attribuer le temps supplémentaire aux infirmiers et infirmières?

2.4 Plan d'analyse

2.4.1 Analyse de contenu thématique

En sciences sociales, l'analyse de contenu est une des techniques les plus connues et les plus répandues pour analyser des données qualitatives (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008). Dans le cadre de notre étude, l'analyse de contenu a été faite par thématique. Nous avons opté pour une approche horizontale qui analyse les thèmes récurrents contenus dans nos différentes sources documentaires et entretiens liés à notre étude (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008). À travers toutes nos sources documentaires et nos entretiens semi-dirigés, nous avons cherché à repérer les thèmes qui reviennent le plus souvent pour déconstruire l'information individuellement, pour ensuite reconstruire les informations comparables ensemble. Cette étape de déconstruction et de reconstruction de l'information nous a permis de créer un corpus avec lequel nous avons travaillé pour analyser les données.

Voici les trois étapes clés liées à l'analyse de contenu :

a) Création d'un corpus

Nous avons élaboré un corpus à partir des entretiens semi-dirigés enregistrés que nous avons retranscrits en verbatim. Après avoir retranscrit chacun des entretiens semi-dirigés en verbatim, nous avons apporté des corrections orthographiques et grammaticales pour rendre les discours plus intelligibles. Nous avons supprimé tous les éléments inutiles à la compréhension du discours, puisque nous ne nous intéressons qu'au fond du discours et non à la forme. Ensuite, une première lecture de tous les éléments rassemblés nous a permis de réaliser une préanalyse des données pour obtenir une vue d'ensemble du matériel recueilli. Cette étape nous a permis de commencer à découper le corpus dans le but d'identifier les indicateurs (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008). Chacun de ces indicateurs a été associé à un code qui nous a permis de coder certains extraits provenant des verbatim.

b) Exploitation des données

L'exploitation des données consiste à codifier les informations recueillies. Pour ce faire, nous avons utilisé un logiciel de traitement des données qualitatives, QDA Miner. Nous avons choisi ce logiciel pour sa simplicité d'utilisation et parce qu'il est offert gratuitement aux étudiants de l'Université de Montréal. Ce logiciel nous a permis de codifier des extraits du corpus à l'aide des différents codes que nous avons déterminés après avoir préanalysé les données. Ces codes sont présentés à la section (2.5).

c) Traitement des résultats

Après avoir terminé le codage, nous avons procédé au traitement des résultats, étape qui consiste essentiellement à analyser et interpréter ces derniers. Dans le cadre de cette recherche, pour analyser nos données empiriques, nous avons choisi la méthode de l'appariement logique. Cette méthode nous a permis de faire le point sur les résultats obtenus en comparant les données recueillies sur le terrain avec les propositions de recherche que nous avons émises (Yin, 2009).

2.5 Traitement de l'information

La codification d'extraits relève d'une étape importante de l'analyse (Miles & Huberman, 2003). Le tableau ci-dessous présente les indicateurs et les codes attribués à chacune des variables à l'étude. Comme nous réalisons une recherche inductive, nous avons initialement confectionné une grille d'entrevue pour réaliser des entrevues semi-dirigées. Cette grille d'entrevue était composée d'indicateurs et de questions ouvertes laissant place à l'émergence possible de nouvelles connaissances sur le terrain. La confection de cette grille d'entrevue a eu lieu lors de l'opérationnalisation des variables. Dès lors, après avoir réalisé les entrevues, nous avons débuté le traitement de l'information, où nous avons découvert de nouveaux indicateurs. Après avoir complété le corpus des données, nous avons passé en revue

les indicateurs afin de mieux les adapter aux données recueillies. Certains indicateurs sont demeurés intacts, certains ont été supprimés, et d'autres ont été ajoutés.

Cette étape nous a permis de créer un système de catégorisation des différents segments en créant des codes. Ces codes se rattachent aux variables et permettent de retrouver et d'associer rapidement des extraits de textes relatifs à nos propositions de recherche (Miles & Huberman, 2003). Nous présentons ci-dessous trois tableaux qui indiquent la manière dont nous avons traité les informations recueillies pour chacune des variables à l'étude. Ces tableaux montrent l'évolution de la codification entre l'opérationnalisation des variables avant et après l'analyse des données.

2.5.1 Traitement de l'information de la variable indépendante : Les modes d'organisation du travail

Légende :

(i) : inchangé; (f) : fusionné; (s) : supprimé; (a) : ajouté

Composantes	Indicateurs	Codes
1. Dispositions légales sur la pratique professionnelle des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> • Division du travail et définition des responsabilités professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Loi 90 • Code de déontologie des infirmières et infirmiers
2. Règles négociées en matière d'organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Formes d'emplois : titularisation des postes, temps complet, temps partiel, occasionnel, sur appels et MOI (a) • Y a-t-il des ratios? (a) 	<ul style="list-style-type: none"> • Règles de travail

3. Pratiques d'organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Composition de l'équipe de travail (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires)? (i) • Qui décide de l'organisation du travail? (i) • Autonomie dans l'exécution des tâches? (f) • Coopération verticale dans le travail : tâches cloisonnées entre les diverses catégories de professionnels (f) • Coopération horizontale dans le travail : encouragement à coopérer entre les différentes catégories de professionnels (dyades)? (f) • Un minimum d'infirmières? Y a-t-il un ratio infirmier/patient? (f) • Les infirmières ont-elles de la difficulté à terminer leur travail dans les délais prévus? (s) • Rythme de travail imposé? (s) • Type de gestionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> • A) Contrôle et supervision
---	---	--

	(formation, vision des soins infirmier) (a)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Lean (a) • TCAB (a) 	B) Projet d'optimisation
	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge/Intensification du travail (fardeau de la tâche) (a) • Insatisfaction des infirmières (a) 	C) Effets OT

Tel qu'indiqué dans le tableau ci-haut, nous avons fusionné quelques indicateurs lorsque les informations recueillies étaient complémentaires. Les indicateurs suivants ont été rassemblés sous l'indicateur *qui décide de l'organisation du travail*: *autonomie dans l'exécution des tâches*, *coopération verticale* et *coopération horizontale*. Nous avons également fusionné l'indicateur *ratio infirmier/patient* avec l'indicateur *composition de l'équipe de travail*.

Deux indicateurs ont été supprimés : *le rythme de travail imposé* et *si les infirmières avaient de la difficulté à terminer leur travail dans le temps prévu*. Ces derniers se trouvaient initialement dans le tableau de l'opérationnalisation des variables, mais ont été supprimés étant donné le peu d'information trouvé sur le sujet dans les discours et dans les sources documentaires.

Un indicateur qui ne faisait pas partie de l'étude à l'origine s'est ajouté lors de l'analyse de contenu. Il s'agit de l'indicateur *type de questionnaire*, lié au code *contrôle et supervision*.

Comme deux types de projets ont été identifiés à la suite des entretiens, nous avons également ajouté le code *projet d'optimisation*, lié aux indicateurs *Lean* et

TCAB. Enfin, le code *effets OT* a été ajouté au tableau parce que plusieurs données liées aux différentes pratiques d'organisation du travail ont été identifiées au cours des entretiens et dans les sources documentaires.

2.5.2 Traitement de l'information de la variable modératrice : L'aménagement des temps de travail

Légende :

(i) : inchangé; (f) : fusionné; (s) : supprimé; (a) : ajouté

Composantes	Indicateurs	Codes
Règles négociées en matière des temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> Gestion des horaires de travail (auto-gestion des horaires?) Délais de prévenance? (i) Horaires flexibles ; régularité? (i) Quarts de travail de 8 heures ou de 12 heures (préférence?) (i) Fonctionnement de la rotation des quarts de travail : jour/soir/nuit. (Heures d'arrivées et de départs) (i) 	<ul style="list-style-type: none"> Horaire de travail
	<ul style="list-style-type: none"> Comment les remplacements se 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité sur appel

	<p>font-ils ? (en cas d'absence, en cas de retards) (i)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les modalités de la liste de rappel? Délai de prévenance? Qui décide? (i) • Il y a-t-il des infirmières soumises à des temps de garde ou d'astreinte? (i) • Les différents statuts d'emploi (permanent, temps partiel, occasionnel, sur appel) (s) • Comment le temps de travail est-il contrôlé? (s) • Régularité des horaires de travail (s) • Travail exclusivement de jour/ou exclusivement de soir/ ou exclusivement de 	
--	--	--

	<p>nuit? (s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travail de fin de semaine (1 fin de semaine sur deux, sur 4?) (s) • Les infirmières travaillent en moyenne combien d'heures par semaine? (s) • Lorsque les infirmières doivent rester après leur quart de travail, est-ce automatiquement considéré et rémunéré comme du temps supplémentaire? Quelle est la procédure? (s) 	
--	--	--

Comme le montre le tableau ci-dessus, plusieurs indicateurs ont été supprimés de la version opérationnalisation de la variable modératrice après que l'analyse de contenu eut été faite. Nous avons supprimé les indicateurs suivants :

- *les différents statuts d'emplois*
- *comment le travail est-il contrôlé*
- *régularité des horaires de travail*
- *travail exclusivement de jour/soir/nuit*
- *travail de fin de semaine*

- *les infirmières travaillent en moyennent combien d'heures par semaine*
- *lorsque les infirmières doivent rester après leur quart de travail, est-ce automatiquement considéré et rémunéré comme du temps supplémentaire*

Ces indicateurs ont été supprimés du processus parce que plusieurs informations se recoupaient. Pour faciliter la recherche d'information, nous avons créé deux codes auxquels nous avons associé plusieurs indicateurs de la variable modératrice : *horaire de travail et disponibilité/appe*l.

2.5.3 Traitement de l'information de la variable dépendante : Le temps supplémentaire obligatoire (TSO)

Légende :

(i) : inchangé; (f) : fusionné; (s) : supprimé; (a) : ajouté

Composantes	Indicateurs	Codes
Recours au TSO auprès des infirmières	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des balises qui encadrent le temps supplémentaire obligatoire? (i) • Quel est l'ordre à suivre pour attribuer le temps supplémentaire aux infirmiers et infirmières? (i) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recours au TSO
	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence du TSO par semaine/mois/année en nombre 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence

	d'heures? (i)	
	<ul style="list-style-type: none"> Absences, maladie, démission, erreurs médicales. (a) 	<ul style="list-style-type: none"> Effets
	<ul style="list-style-type: none"> Vision de l'enjeu du TSO des syndicats versus des employeurs. (a) 	<ul style="list-style-type: none"> Enjeu

À la suite de l'analyse de contenu, nous avons créé quatre codes pour mieux séparer les informations recueillies sur le temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières. Nous avons aussi ajouté quelques indicateurs à ceux que nous avons déjà anticipés à l'étape de l'opérationnalisation. L'indicateur *la vision de l'enjeu du TSO des syndicats versus des employeurs* a été ajouté sous le code enjeu. Les indicateurs *absences, maladie, démission, erreurs médicales*, associés au code *effets*, ont été ajoutés pour segmenter les effets que peut générer le temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières.

CHAPITRE 3 – DESCRIPTION DU SECTEUR

Le troisième chapitre porte sur la description du secteur de la santé et des services sociaux du Québec. Un survol historique est présenté dans la section (3.1). Par la suite, nous présentons la structure du système de santé et des services sociaux dans la section (3.2), le cadre juridique (3.3), ainsi que le régime de représentation syndicale (3.3.1) et le régime de négociation collective (3.3.2).

3.1 Secteur de la santé du Québec

Le secteur de la santé et des services sociaux du Québec dispose de près de la moitié de l'enveloppe budgétaire des dépenses publiques. Les prévisions 2014-2015 indiquaient que 43,4% de l'enveloppe budgétaire serait consacrée au secteur de la santé et des services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Comme ce secteur occupe une place charnière dans les dépenses publiques, les acteurs impliqués dans son fonctionnement s'interrogent constamment sur les meilleures façons de financer et de gérer ces services en s'adaptant aux nouvelles réalités et aux besoins de la population québécoise (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). C'est pourquoi, au fil des ans, le système de santé et des services sociaux est passé par plusieurs réformes mises de l'avant par les gouvernements au pouvoir. Afin de mieux comprendre le système de santé dans son contexte actuel, nous présentons ci-dessous quelques faits saillants de l'historique du système de santé québécois.

Les années 1960-1970

D'abord, précisons que l'État québécois a commencé à intervenir dans le secteur de la santé en 1960, à la suite de l'adoption de la *Loi sur l'assurance*

*hospitalisation*¹⁰, qui permet aux Québécois de bénéficier de services d'hospitalisation sans frais (Bolduc, 2013). L'État québécois a pris en charge le financement des hôpitaux et la régulation du système de santé, fonctions autrefois occupées par les autorités religieuses, dans les années Duplessis (Bolduc, 2013).

En 1970, le secteur de la santé a subi une réforme majeure à la suite des recommandations proposées par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES), présidée par Monsieur Claude Castonguay, puis par Monsieur Gérard Nepveu (Québec, 1970). Quelques propositions de cette commission furent mises en place lors de la réforme Castonguay, notamment la mise en place d'un régime d'assurance maladie, tel que prévu par la *Loi sur l'assurance maladie*¹¹. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹²(LSSSS), adoptée en 1971, fait encore aujourd'hui partie intégrante du cadre juridique du système de santé et des services sociaux du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Un autre évènement marquant des années 1970 fut le regroupement, sous un même ministère, des services de santé et des services sociaux (Bolduc, 2013). Cette union a ouvert la porte à la création d'un type d'établissements local : les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Les CLSC sont une autre porte d'entrée à des soins de santé sur un territoire bien délimité, et visent à offrir des soins globaux, multidisciplinaires et communautaires (Bolduc, 2013).

Les années 1980

Malgré les effets positifs engendrés par cette réforme, les années 1980 ont été marquées par une crise économique et par le retrait progressif du gouvernement fédéral dans le financement de la santé (Bolduc, 2013). Face à ce contexte, en 1985,

¹⁰ *Loi de l'assurance-hospitalisation*, S.Q. 1960-61, c. 78, maintenant *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ, c. A-28.

¹¹ *Loi de l'assurance maladie*, L.Q. 1970, c. 37 maintenant *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

¹² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q. 1971, c. 48 maintenant RLRQ, c. S-4.2.

une seconde commission d'enquête est instituée par le gouvernement du Québec. Dirigée par Jean Rochon, la commission a pour mission d'évaluer le fonctionnement et le financement du système de santé québécois (Québec, 1990). Elle propose une réorganisation complète en matière de gestion des établissements de santé. Le rapport dénonce entre autres l'inefficacité de la gestion des établissements de santé trop centralisés, leur bureaucratisation et une rigidité du réseau qui s'apparente au modèle taylorien (Québec, 1990). Le rapport propose de favoriser une gestion participative plutôt qu'un mode de gestion basé sur l'autorité, et ce, en décentralisant davantage le pouvoir décisionnel au sein du réseau de la santé (Québec, 1990). La décentralisation du réseau a pour objectif de recentrer le rôle du ministère et de déléguer plus de pouvoir à l'échelle régional et locale (Québec, 1990).

Les années 1990

À la suite du rapport Rochon, Marc-Yvan Côté, ministre de la Santé et des Services sociaux à l'époque, annonce la mise en place d'une nouvelle réforme : « *Une réforme axée sur le citoyen* » (Québec, 1990). Cette dernière reprend les grandes lignes du rapport Rochon et vise à décentraliser le réseau de la santé et des services sociaux en créant des régions régionales de la santé et des services sociaux. À la suite de l'adoption de la *Loi 25* en 2003 (Québec, 1990), les régions sont remplacées par les agences régionales de santé et services sociaux.

Le ministère, les régions régionales et les divers établissements de santé se sont partagé les responsabilités à l'occasion de cette décentralisation (Québec, 1990). À la base du réseau de la santé se trouvent cinq types d'établissements : les Centres locaux de santé communautaire (CLSC), les Centres hospitaliers (CH), les Centres de réadaptation (CR), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), et les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ). L'objectif de cette grande transformation était d'améliorer l'accessibilité aux services en consolidant davantage la décentralisation administrative (Québec, 1990).

Toutefois, vers le milieu des années 1990, comme la crise économique perdurait, le gouvernement au pouvoir voulait à tout prix assainir les dépenses publiques pour le déficit zéro dans les années à venir (Bolduc, 2013). Cette situation a entraîné d'importantes coupes budgétaires en plus de forcer le ministère de la Santé et des Services sociaux à transformer à nouveau le réseau de la santé en favorisant le « virage ambulatoire », mesure proposée par la commission Rochon. Le virage ambulatoire consistait à réaligner le réseau de la santé en déplaçant le lieu des pratiques médicales de l'hôpital vers d'autres établissements de la santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000). Pour ce faire, certains établissements ont fermé leurs portes et d'autres ont été fusionnés, occasionnant une diminution des emplois à temps complet chez le personnel soignant. Les fermetures et fusions ont provoqué des suppressions de postes, surtout chez les cadres, ainsi que la mise en place de programmes incitatifs à la retraite chez les infirmières (Bolduc, 2013).

Les années 2000

À l'arrivée des années 2000, le virage ambulatoire et la reconfiguration du réseau de santé ne permettent toujours pas de remettre le système de santé et de services sociaux sur les rails pour atteindre le déficit zéro (Bolduc, 2013). Sous le pouvoir du Parti québécois, le gouvernement décide de créer une commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). Dirigée par Michel Clair, cette commission propose des moyens concrets pour réorganiser les services. Elle s'inspire du *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, mis de l'avant par l'Organisation mondiale de la Santé (OSM) (Québec, 2000). La commission Clair déplore le problème d'accès et de continuité des services. Deux problèmes sont identifiés : le manque de pouvoirs dont disposent les gestionnaires d'établissement et la structure du système où chaque établissement fonctionne en « *silo* ». La commission estime que pour assurer une meilleure gestion, il faudrait déléguer plus de pouvoirs à l'échelle locale, notamment pour toutes les questions relatives à

l'organisation du travail (Québec, 2000). Quelques solutions ont été mises en place par le Parti québécois à l'époque, mais c'est en 2003 que le système de santé du Québec subit un revirement majeur avec la réforme Couillard du Parti libéral.

La réforme Couillard s'inscrit dans un contexte où l'objectif principal du gouvernement libéral est de réduire les dépenses étatiques. Malgré les résultats mitigés des deux réformes précédentes, la réforme Couillard fut adoptée sous bâillon en 2003 – bâillon justifié par l'urgence d'améliorer le système de santé dans son ensemble. Le ministre de la Santé affirme haut et fort que cette réforme permettra de désengorger les urgences, d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins de santé et des services sociaux. Pour ce faire, il propose un programme législatif qui impose d'importants changements sur le plan de la structure du système de santé et des services sociaux, en plus de modifier les règles encadrant les relations de travail de ce même secteur (Bolduc, 2013).

Les bases de la réforme Couillard ont été jetées dès l'adoption du projet de loi 25¹³. L'adoption de ce projet de loi a modifié considérablement la structure du système de santé et des services sociaux par la création de réseaux locaux de services (RLS) et la création d'un nouveau type d'établissement, le CSSS. Ce type d'établissement est le résultat de la fusion de l'ensemble des établissements de la santé sur un même territoire (Bolduc, 2013 : 1) : Centres locaux de services communautaires (CLSC), Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans certains cas, de Centres hospitaliers d'un même territoire (Bolduc, 2013). Dès lors, chacun des CSSS a pour mission de fournir les services de santé et les services sociaux à la population habitant le territoire qu'il dessert (Bolduc, 2013).

¹³ Projet de loi 25 devenu la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, L.Q. 2003, c.21 (ci-après citée Loi 25, d'après le numéro du projet de loi).

Un second projet de loi fut adopté au cours des années 2000 : le projet de loi 30¹⁴. Ce dernier a eu un impact direct sur le secteur de la santé et des services sociaux, en réformant les unités d'accréditation dans le secteur des affaires sociales (Coutu et al., 2014). Depuis, chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux est divisé en quatre unités d'accréditation selon les quatre catégories de personnel suivantes :

- Soins infirmiers et cardiorespiratoires ;
- Personnel paratechnique ainsi que personnel des services auxiliaires et de métier ;
- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration ;
- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux.

Ainsi, en limitant à quatre le nombre d'unités de négociation, on diminuait la liberté de négocier dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cette mesure a été vivement contesté par les syndicats, qui ont tenté de démontrer que le projet de loi 30 portait atteinte à la liberté de négocier (Coutu et al., 2014; Morin, et al. 2010). Bien que le projet de loi semble en effet limiter la liberté syndicale, la Cour d'appel a jugé qu'il était toujours possible de s'associer et de négocier de bonne foi, conditions qui répondent aux exigences constitutionnelles¹⁵.

En raison du regroupement du personnel soignant au sein d'une même unité d'accréditation, les organisations syndicales ont dû se disputer la représentation des nouvelles unités d'accréditation. Une importante période de maraudage syndical a eu lieu entre les organisations syndicales pour déterminer celles qui représenteraient les nouvelles unités d'accréditation.

¹⁴ Projet de loi 30 devenu la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, L.Q. 2003, c. 25, maintenant RLRQ, c. U-0.1 (ci-après citée Loi 30, d'après le numéro du projet de loi).

¹⁵ *Québec (Procureur général) c. Confédération des syndicats nationaux (CSN)*, 2011 QCCA 1247.

L'objectif principal de cette loi était de réduire le nombre d'unités de négociation en redéfinissant quatre catégories de personnel, obligeant ainsi les syndicats à devoir refaire leur requête en accréditation (Coutu et al., 2014). De plus, la *Loi 30* a décentralisé vingt-six matières de la négociation collective au palier local et régional, ce qui, selon le ministre de la Santé et des Services sociaux, devait permettre aux gestionnaires locaux d'avoir une plus grande marge de manœuvre pour adapter l'organisation du travail selon leurs besoins (Bolduc, 2015).

Enfin, bien que la réforme Couillard ait été annoncée pour améliorer l'accès aux soins de première ligne, après coup, il semble qu'elle visait davantage une réforme de la structure du système de santé et des services sociaux (Bolduc, 2013). Les urgences sont toujours aussi bondées, et les agences régionales de santé et de services sociaux (ARSSS) ont alourdi les procédures administratives. Les professionnels se sentent pris dans cette structure où ils doivent toujours rendre des comptes (Bolduc, 2013).

L'année 2015

En 2015, après l'adoption du projet de loi 10¹⁶, une nouvelle réforme est mise en œuvre au sein du secteur de la santé et des services sociaux. L'adoption de cette loi entraîne l'abolition des agences de la santé et centralise les soins et services sociaux au sein d'un seul établissement par région : les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). À quelques exceptions près, la création des CISSS force la fusion de presque tous les établissements. Tout comme en 2003 lors de la création des CSSS, ce bouleversement donne lieu à une autre période de concurrence syndicale et de maraudage intensif.

¹⁶ Projet de loi 10 devenu *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L.Q. 2015, c. 1, maintenant RLRQ, c. O-7.2 (ci-après citée Loi 10, d'après le numéro du projet de loi).

Au fil des ans, plusieurs réformes ont vu le jour afin de faire face aux contraintes externes et d'assurer la pérennité du système de santé québécois. Ce survol historique illustre la structure de gouvernance complexe du système de santé, les règles qui encadrent l'organisation du travail ainsi que l'aménagement des temps de travail. Nous présentons dans la section suivante la structure du système de santé et des services sociaux, puis les mécanismes de création de règles entourant l'organisation du travail et l'aménagement des temps de travail.

3.2 Structure

Le tableau 2, ci-dessous, présente l'organigramme du secteur de la santé et des services sociaux du Québec avant l'adoption de la *Loi 10*. La gouvernance du réseau de la santé relève de trois paliers, dans lesquels se trouvent les différents établissements de santé : central (MSSS), régional (ASSS) et local. Notre étude a été menée à l'échelle locale et nous avons identifié les deux centres hospitaliers dans l'organigramme à l'aide d'un cercle rouge. Nous présentons ci-dessous le rôle de chaque palier dans la gouvernance du système de santé.

a) Palier central : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Relevant du ministre, le ministère de la Santé et des Services sociaux est chargé de la coordination et de la régulation du système de santé et des services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Les orientations et les objectifs en matière de santé dépendent du MSSS, dont l'objectif afin d'améliorer le fonctionnement du système de santé et des services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Le MSSS est responsable d'établir les politiques de santé et de services sociaux mises en œuvre par les agences de santé et des services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

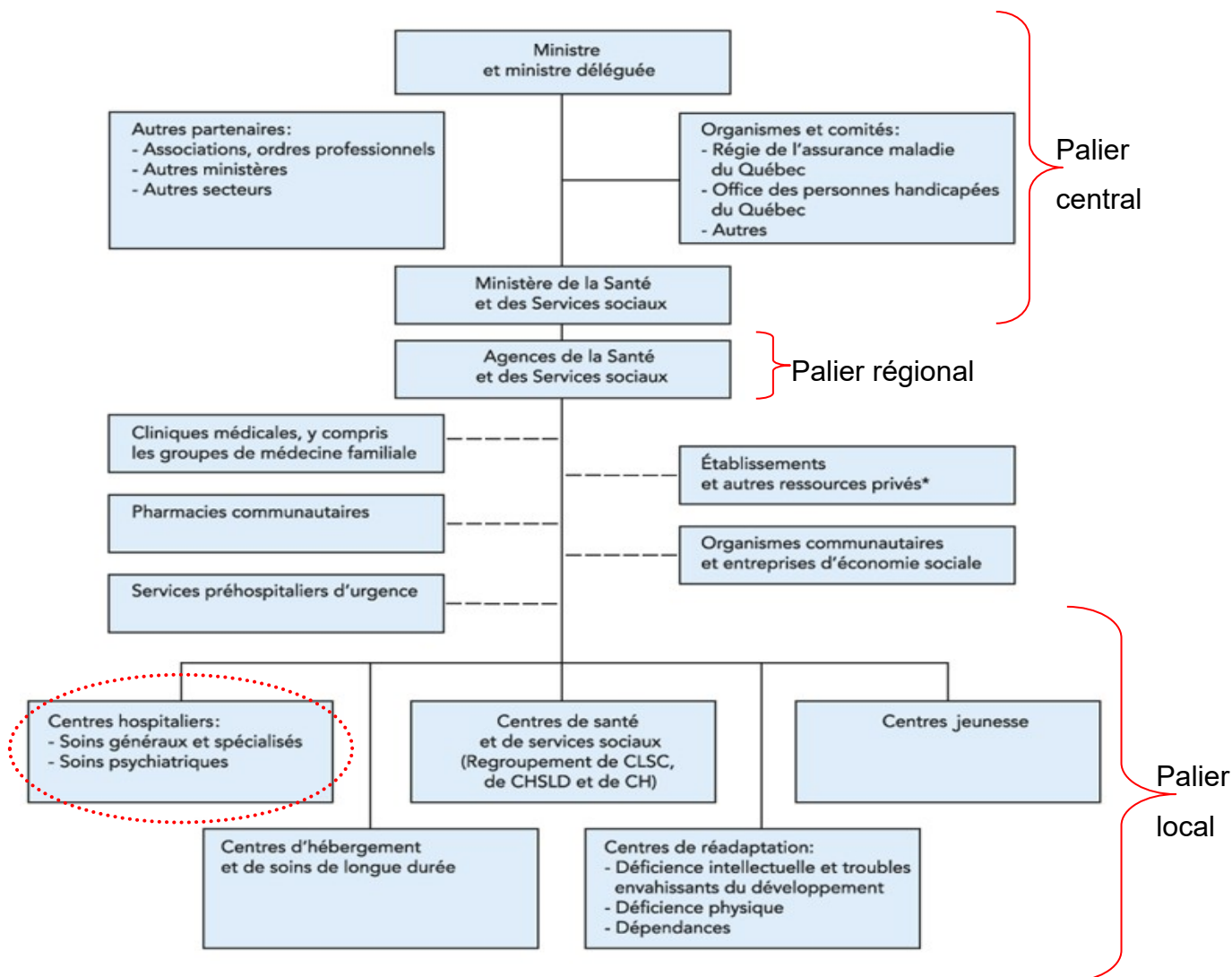
b) Palier régional : agences de santé et des services sociaux (ASSS)

Les agences de santé et des services sociaux s'assurent de la mise en œuvre et de l'application des politiques établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Elles coordonnent les services de santé dans leur région respective et répartissent les ressources selon les besoins de la population de son territoire socio-sanitaire (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). Depuis le 1^{er} avril 2015, la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (projet de loi 10) a supprimé ce palier régional de la structure du système de santé. Cette loi prévoit que les services des agences de santé et des services sociaux seront intégrés au palier local dans des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS).

c) Palier local : établissements de santé et de services sociaux

Au cœur du palier local se trouvent les centres de santé et de services sociaux (CSSS), présents sur chaque territoire socio-sanitaire du Québec. Les CSSS regroupent plusieurs établissements de santé sous une même entité administrative. Ils ont pour mission d'assurer l'accessibilité et la coordination des services de santé et des services sociaux offerts à la population (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). D'autres établissements de santé et de services sociaux font partie du palier local : Centres hospitaliers, Centres hospitaliers universitaires, Centres jeunesse, Centres d'hébergement et de soins de longues durées, Centres de réadaptation.

Tableau 2 : Organigramme du secteur de la santé et des services sociaux du Québec¹⁷ avant le 1^{er} avril 2015.



Nous avons encerclé en rouge les deux centres hospitaliers à l'étude dans l'organigramme ci-haut pour mieux situer notre terrain de recherche au sein de la structure du système de santé et des services sociaux du Québec.

¹⁷ Source : www.mss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation-des-services. L'organigramme ci-haut représente la structure du secteur de la santé et des services sociaux tel qu'elle était avant le 1^{er} avril 2015.

3.3 Cadre juridique

Le régime des rapports collectifs du travail au Québec est encadré par le *Code du travail* – tant dans le secteur public que privé. Toutefois, certaines particularités propres aux secteurs et sous-secteurs publics font en sorte que d'autres dispositions s'ajoutent ou se substituent à celles qui composent le régime général du *Code du travail* (Coutu et al., 2014). Dans le secteur de la santé et des services sociaux, trois lois s'ajoutent au *Code du travail* pour former le régime juridique qui lui est spécifique.

Dans les prochaines sections, nous expliquons comment la combinaison de ces lois structure le régime de relations de travail dans le secteur de la santé et des services sociaux. Nous définissons le régime de représentation syndicale (3.3.1) et le régime de négociation collective (3.3.2).

3.3.1 Le régime de représentation syndicale

Le régime de représentation syndicale propre aux associations de salariés des établissements de santé et des services sociaux est encadré par la *Loi 30*, adoptée en 2003 lors de la réforme Couillard. L'adoption de cette loi a chamboulé le régime de représentation syndicale dans le secteur de la santé et des services sociaux en limitant le nombre d'unités de négociation dans les établissements. Tel que mentionné précédemment, en vertu de l'article 4 de la *Loi 30*, les unités de négociation sont prédéfinies selon quatre catégories de personnel. Chacune de ces unités de négociation ne peut être composée de plus d'une catégorie de personnel. De plus, seule une association de salariés peut être accréditée pour représenter les salariés d'une unité de négociation au sein d'un même établissement. Une seule convention collective peut être applicable à l'ensemble des salariés d'une unité de négociation. En résumé, chaque établissement est doté de quatre unités d'accréditation, quatre unités de négociation et quatre conventions collectives – une par unité de négociation.

3.3.2 Régime de négociation collective

La négociation collective dans le secteur de la santé et des services sociaux est encadrée par le *Code du travail*¹⁸ et par la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*¹⁹. Cette loi prévoit la structure de la négociation collective réalisée sous trois paliers différents. Elle fixe également l'ensemble des sujets négociés à chacun des paliers. Outre cette loi, la *Loi 30* a modifié le régime juridique de la négociation collective en décentralisant une partie de la négociation des conventions collectives. Nous présentons dans les prochaines lignes chacun des paliers de négociation, les acteurs impliqués ainsi que les matières négociées. Par la suite, nous expliquons le processus de négociation collective lié au secteur de la santé et des services sociaux.

- Palier national intersectoriel

La négociation au niveau central – à la table centrale – est communément appelée intersectorielle. L'ensemble des sujets communs au secteur de la santé, de l'éducation et de la fonction publique sont négociés à cette table par les représentants du Conseil du Trésor et des grandes centrales syndicales. C'est à cette table que se négocie tout ce qui est lié à la rémunération : salaires, échelles salariales, régimes de retraite et congés parentaux (Boivin & Grenier, 2011).

- Palier national sectoriel

Au palier national sectoriel, communément appelé tables sectorielles, les agents négociateurs s'occupent de négocier tout ce qui est lié aux conventions collectives sectorielles - excepté les matières négociées à l'échelle locale ou régionale, dans la fonction publique, le réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux

¹⁸ *Code du travail*, RLRQ, c. C-27

¹⁹ *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, RLRQ, c. R-8.2, art. 44-74.

(Boivin & Grenier, 2011). La négociation collective du secteur de la santé et des services sociaux est prise en charge par un seul comité patronal de négociation qui s'occupe de négocier aux différentes tables sectorielles : le comité patronal national de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS). Ce dernier représente le ministère de la Santé et des Services sociaux et les employeurs – établissements et agences du réseau de la santé – aux tables de négociation.

Plusieurs sous-tables de négociation sont formées en fonction de la structure du réseau de la santé et des services sociaux et des agents négociateurs des organisations syndicales (Boivin & Grenier, 2011). Par exemple, dans le secteur de la santé et des services sociaux, chacune des organisations syndicales accréditées devra négocier une convention collective à la table nationale sectorielle avec le CPNSSS par l'intermédiaire de sa fédération ou centrale. Le CPNSSS négocie avec dix fédérations ou centrales syndicales²⁰ afin de ratifier dix conventions collectives au palier national. La multiplication des tables de négociation par le chassé-croisé entre le comité patronal et les agents négociateurs rend la négociation complexe et ardue (Boivin & Grenier, 2011). Chaque catégorie de personnel est représentée par la Fédération ou la centrale syndicale à laquelle son syndicat est affilié pour négocier une convention collective avec le CPNSSS.

Ainsi, les gestionnaires des établissements du secteur de la santé, ceux des Centres hospitaliers ou des CSSS par exemple, sont consultés par les agents négociateurs patronaux lors des négociations. Ce ne sont pas les gestionnaires qui négocient, mais bien le CPNSSS. Les gestionnaires n'ont donc aucun pouvoir de négociation sur l'intégralité de la convention collective et peu de marge de manœuvre sur les conditions de travail des professionnels de la santé (Bolduc, 2015).

²⁰ Les vis-à-vis syndicaux sont énumérés sur le site du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, repéré sur : <http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/index.php?vis-a-vis-syndicaux>

- Palier local/régional

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi 30*, vingt-six matières de la négociation sectorielle ont été décentralisées au palier local et régional dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les matières négociables au niveau local sont maintenant intégrées dans l'annexe A.1 de la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*. On y retrouve des sujets concernant l'organisation du travail – les postes, probations, déplacements, affectations, mutations, supplantations, congés et aménagements d'horaires. Cette décentralisation de la négociation au palier local permet aux gestionnaires d'établissement et au représentant syndical accrédité d'un établissement de négocier des conditions de travail conformes aux réalités et aux besoins de leur établissement.

Nous avons réalisé un tableau récapitulatif qui illustre les trois paliers de négociation, en indiquant les acteurs, les matières négociées ainsi que le résultat qui en découle.

Tableau 2 : les trois paliers de la négociation collective dans le secteur de la santé et des services sociaux

	Table centrale intersectorielle	Tables sectorielles (uniquement secteur de la santé et des services sociaux)	Parties Locales/régionale
Acteurs	Conseil du Trésor et représentants des centrales et fédérations syndicales du secteur de l'éducation, du secteur de la santé et des affaires	CPNSSS et agents négociateurs de chacune des 10 organisations syndicales (exemple : FIQ, FSSS-CSN, APTS, CSD)	Gestionnaires d'établissement et représentants des syndicats accrédités.

	sociales et de la fonction publique.		
Sujets	Tout ce qui est lié aux conditions de travail pécuniaires (salaires, échelles salariales, régimes de retraite et congés parentaux).	Toutes matières de la convention collective, excepté les vingt-six matières décentralisées depuis la <i>Loi 30</i> .	Vingt-six matières décentralisées de la négociation collective nationale sectorielle depuis l'adoption de la <i>Loi 30</i> . (Matières touchant l'organisation du travail)
Résultat	Clauses applicables à l'ensemble des salariés du secteur de la santé et des services sociaux, annexées dans chacune des convention collective nationale.	10 conventions collectives nationales pour chacune des fédérations ou centrales syndicales. (exemple : Convention collective nationale intervenue entre le CPNSSS et « <i>nom de l'organisation syndicale</i> » 2011-2015).	4 ententes locales par établissement en fonction des 4 catégories de personnel.

La négociation collective dans le secteur public se distingue de la négociation collective dans le secteur privé pour plusieurs raisons. Dans le secteur public, les négociations sont influencées non seulement par l'aspect économique, mais également par une dimension politique – grande cause d'ambiguïté. Le gouvernement représente l'intérêt public mais fait également partie prenante de la négociation (Coutu et al., 2014). L'État porte deux chapeaux : un à titre de représentant patronal à la table des négociations et un autre à titre de législateur. Dans ce dernier rôle, l'État est en droit d'imposer une loi, une loi spéciale ou même

un décret en cas d'impasse lors de la négociation (Coutu et al., 2014). Nous exposons maintenant le processus de la négociation collective.

Le processus

Conformément à l'article 111.7 du *Code du travail*, le processus de négociation d'une convention collective doit être enclenché à compter du 180^e jour précédent sa date d'expiration. À l'échelle nationale, la partie syndicale doit transmettre par écrit à la partie patronale ses demandes quant aux matières qu'elle veut négocier. À l'échelle locale, les parties peuvent remplacer, modifier ou abroger les matières négociées à tout moment (Coutu et al., 2014).

Négocier des conditions de travail pour des professionnels en soins de santé qui évoluent dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de contraintes budgétaires n'est pas chose facile. Surtout lorsque l'on cherche à concilier les objectifs des parties en période de négociation. À cet effet, lorsque les parties ne s'entendent pas, un médiateur-arbitre peut être nommé pour résoudre l'impasse, tel que le prévoit la *Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (Coutu et al., 2014). Évidemment, les conflits de travail en cours de négociation peuvent engendrer des grèves – il s'agit du seul moyen de pression que les salariés peuvent utiliser pour revendiquer leurs intérêts. Toutefois, le réseau de la santé et des services sociaux est soumis aux dispositions du *Code du travail* qui restreint le droit de grève dans ce secteur.

Les salariés du secteur de la santé du Québec pourront exercer leur droit de faire la grève si la condition suivante est respectée : établissement d'une liste constituée du nombre de salariés à maintenir par unité de soins – déterminée ou approuvée par la Commission des relations de travail, maintenant remplacée par le

Tribunal administratif du travail²¹. Cette liste devra par la suite être envoyée à l'employeur, au ministère du Travail et au Tribunal administratif du travail²² quelques jours avant l'enclenchement de la grève. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le droit de grève est encadré par des règles particulières : le *Code du travail* prévoit à l'article 111.10²³, qu'en cas de grève, certains établissements du secteur de la santé devront maintenir 90% de salariés par quart de travail qui seraient habituellement en fonction. Ironiquement, ce seuil de 90% de salariés par quart de travail est plus élevé que ce qui est maintenu en temps normal pendant certaines périodes données, notamment pendant les vacances²⁴. Enfin, bien que le droit de grève soit limité lors des négociations au niveau national, il est complètement interdit lors des négociations au niveau local et régional.

Une fois les négociations terminées, les ententes nationales et locales sont réunies pour former une seule convention collective applicable à l'unité d'accréditation qui s'y rattache. En vertu des articles 65 et 111.1 du *Code du travail*, les ententes nationales du secteur de la santé et des services sociaux du Québec ne doivent pas excéder une durée de plus de 3 ans. Les ententes locales et régionales, quant à elles, ne font l'objet d'aucune règle en matière de durée.

Maintenant que nous avons exposé un portrait général de la structure et des règles encadrant les rapports collectifs du secteur de la santé et des services sociaux, nous nous penchons sur notre cas d'étude : les centres hospitaliers. Ce type d'établissement fait partie de la structure du secteur de la santé et des services sociaux présenté au tableau 1. Au sein de ces centres hospitaliers se trouvent quatre

²¹ La Commission des relations du travail (CRT) et la Commission des lésions professionnelles (CLP) ont été remplacées par le Tribunal administratif du travail depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 de la *Loi regroupant la Commission de l'équité salariale, la Commission des normes du travail et la Commission de la santé et de la sécurité du travail et instituant le Tribunal administratif du travail*, L.Q. 2015, c. 15, maintenant *Loi instituant le Tribunal administratif du travail*, RLRQ, c. T-15.1.

²² *Code du travail*, RLRQ, c. C-27, art. 111.10 à 110.12.

²³ *Code du travail*, RLRQ, c. C-27, art. 111.10, al. 1.

²⁴ http://archives.csn.info/web/secteurpublic/a_propos_du_secteur_public_csn/

unités de négociation, dont celle que nous étudions dans deux centres hospitaliers différents : les soins infirmiers et cardiorespiratoires.

En vertu du régime de négociation en vigueur avant le 1^{er} avril 2015, les centres hospitaliers, dont les deux que nous étudions dans le mémoire, sont des établissements de santé et de services sociaux régis par les règles que nous venons d'exposer.

CHAPITRE 4 – PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les données qualitatives recueillies durant la réalisation des études de cas. Notons que l'objectif principal de notre mémoire est de déterminer *l'influence qu'ont les formes d'organisation du travail mises en place dans le secteur de la santé du Québec sur l'utilisation du TSO*. Les résultats proviennent de deux sources. La première constitue les données recueillies lors des entretiens que nous avons réalisés. La seconde constitue l'analyse de sources secondaires – convention collective nationale, ententes locales, sentences arbitrales et articles de journaux. Dans la section 4.1 nous décrivons brièvement les deux centres hospitaliers à l'étude. Par la suite, dans les sections 4.2, 4.3 et 4.4, nous présentons les résultats obtenus pour chacune de nos variables. Enfin, nous concluons ce chapitre par une synthèse de l'ensemble des résultats à la section 4.5.

4.1 Centres hospitaliers à l'étude

a) *Centre hospitalier francophone*

Ce centre hospitalier francophone offre des services spécialisés et surspécialisés à une clientèle adulte et accueille annuellement près d'un demi-million de patients. Au 31 mars 2014, 13 532 personnes travaillaient au sein de ce centre hospitalier. Parmi ces personnes, on y comptait 4 639 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, y compris perfusionnistes et inhalothérapeutes; 1 554 professionnels de la santé autres que médecins et infirmières, c'est-à-dire des techniciens et des résidents; 1 820 chercheurs, étudiants, stagiaires postdoctoraux et autres membres du Centre de recherche; 1 056 médecins, 348 gestionnaires, 31 dentistes, 79 pharmaciens, 3 324 autres employés et 681 bénévoles²⁵. En plus de ces personnes, s'ajoutaient 5 800 étudiants et stagiaires provenant des rangs universitaire et collégial, ainsi que des écoles

²⁵ Pour des raisons de confidentialité, la source précise de ces données ne sera pas identifiée, car elle permettrait d'identifier le centre hospitalier à l'étude.

professionnelles en sciences infirmières, de médecine et d'autres domaines de la santé.

b) Centre hospitalier anglophone

Ce centre hospitalier couvre un territoire de 953 000 km² et dessert une population de 1,7 million d'habitants (site internet de l'établissement)²⁶. Au sein de ce centre hospitalier regroupant six hôpitaux affiliés, on comptait 12 000 infirmières et employés; 1 587 médecins, dentistes et pharmaciens; 2 100 employés de recherche ; 550 chercheurs; 1 000 étudiants gradués et post-doctorants et plus de 2 200 bénévoles (site internet de l'établissement). Selon le rapport annuel de 2013-2014, le taux d'occupation moyen de ce centre hospitalier s'élevait à 89,29%. Le taux d'occupation moyen a augmenté de 7,26% depuis 2009 (site internet de l'établissement).

4.2 Modes d'organisation du travail (VI)

L'étude de la variable indépendante, *modes d'organisation du travail*, se divise en trois composantes : *les dispositions légales sur la pratique professionnelle des infirmières* ; *les règles négociées en matière d'organisation du travail* ; puis les *pratiques d'organisation du travail*. À ces trois composantes, nous avons attribué plusieurs indicateurs qui nous ont permis de recueillir des informations que nous avons par la suite codifiées. Quatre codes ont été créés afin de mieux organiser les informations obtenues liées à nos trois composantes. Ci-dessous, nous présentons les résultats obtenus pour chacun des codes (4.2.1 à 4.2.4) après avoir analysé les verbatim ainsi que les sources secondaires. Les résultats sont présentés pour mettre en opposition les éléments suivants des deux centres hospitaliers à l'étude : les dispositions légales, les règles et les pratiques d'organisation.

²⁶ Pour des raisons de confidentialité, la source précise de ces données ne sera pas identifiée, car elle permettrait d'identifier le centre hospitalier à l'étude.

4.2.1 Dispositions légales sur la pratique professionnelle des infirmières

Depuis l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*²⁷ en 2002, le champ d'exercice de onze professions du domaine de la santé a été actualisé et enrichi – dont celui des infirmières. La *Loi 90* est susceptible de favoriser le travail d'équipe interdisciplinaire pour deux raisons. D'abord, l'encadrement légal offert par cette loi redéfinit le rôle de l'infirmière au sein des comités interdisciplinaires. Ensuite, la *Loi 90* influence la façon de partager les activités cliniques entre chacune des onze professions suivantes : infirmière, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute, médecin, pharmacien, technologue en radiologie, technologiste médical, diététiste, orthophoniste/audiologiste, physiothérapeute et ergothérapeute. L'adoption de la *Loi 90* a modifié l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*²⁸, lequel dresse une liste d'activités réservées à l'infirmière et à l'infirmier. L'extrait suivant de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* définit le champ d'exercice général des infirmières :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmier, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »²⁹

Voici les objectifs liés à l'adoption de la *Loi 90* :

- abolir certaines barrières entre les professions ;
- assouplir et alléger les cadres juridique et réglementaire ;

²⁷ Projet de loi 90 devenu *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33 (ci-après citée *Loi 90*, d'après le numéro du projet de loi).

²⁸ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c I-8, art. 36, tel que modifié par l'article 12 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33.

²⁹ *Id.*, art. 36 al. 1.

- accroître l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité ;
- reconnaître et optimiser l'utilisation des compétences de chacun.

Afin d'atteindre les objectifs de la *Loi 90*, deux outils ont été mis en place.

- Le plan thérapeutique infirmier (PTI)

Norme professionnelle et documentaire depuis 2009, le PTI consiste à dresser un profil clinique évolutif des problèmes et des besoins des patients. Le PTI fait partie des activités réservées à l'infirmière. Cette dernière est responsable d'élaborer et à d'ajuster le PTI de chaque patient. À partir du PTI, l'infirmière donne des directives aux infirmières auxiliaires et aux préposées aux bénéficiaires en vue d'assurer le suivi clinique (Laforest, 2009).

- L'ordonnance collective

« Une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. » (Martin, 2010)

L'usage d'ordonnances collectives implique que dans certains cas le patient n'a pas à être vu préalablement par un médecin. Conformément à la *Loi 90*, plusieurs professionnels de la santé, notamment les infirmières et les infirmières auxiliaires, sont habilités à effectuer des activités sous ordonnance collective. Il revient aux établissements de mettre en place des comités pour élaborer des ordonnances collectives. Cet outil permet dès lors une plus grande autonomie professionnelle, tant pour les médecins que pour les infirmières et infirmières auxiliaires.

Ces changements législatifs représentent un défi pour les établissements : ils doivent adapter l'organisation du travail en fonction de ces changements. Les établissements encadrent la pratique professionnelle en fonction du contexte, des besoins du milieu et des ressources disponibles (Laforest, 2009). Le champ de la pratique professionnelle est prévu dans la législation. Toutefois, en vertu du droit de gérance, il revient à l'employeur de prévoir la description des tâches et d'organiser le travail des professionnels de la santé. Ainsi, l'organisation du travail n'est pas uniforme d'un établissement à un autre. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle nous étudions les modes d'organisation du travail de deux centres hospitaliers différents. En effet, nous comparons les modes d'organisation du travail des deux centres hospitaliers pour évaluer si le mode d'organisation du travail peut avoir une influence sur le recours au TSO. L'encadrement légal de la pratique étant maintenant exposé, voyons comment les deux centres hospitaliers font usage de ces outils afin d'organiser le travail des infirmières.

4.2.2 Règles de travail

Tel que mentionné précédemment, depuis l'adoption de la *Loi 30*, vingt-six matières de la convention collective liées à l'organisation du travail ont été décentralisées sur le plan de la négociation collective locale et régionale. Or, c'est au cours des négociations de 2010 qu'ont eu lieu les premières négociations des ententes locales au sujet de ces vingt-six matières. Depuis, peu de matières concernant l'organisation du travail se retrouvent dans la convention collective nationale négociée par l'organisation syndicale représentant les infirmières des deux centres hospitaliers à l'étude. Il ne reste que les articles 13 et 35, qui portent sur le « *comité de soins* » et les « *tâche et organisation du travail* ». Les formes d'emploi sont un autre aspect de la convention collective auquel nous nous intéressons et qui pourrait avoir une influence sur les modes d'organisation du travail. Depuis le décret de 2005, un gain en matière de qualité des emplois a été observé pour quelques infirmières, entre autres par la titularisation des postes. Dans un premier temps, nous

présentons les dispositions pertinentes de la convention collective nationale. Dans un second temps, nous présentons les résultats obtenus pour les règles de travail en matière de formes d'emplois.

Dispositions de la convention collective nationale 2011-2015

- Article 13 – Comité de soins

Le comité de soins, prévu à l'article 13 de la convention collective nationale, est un comité paritaire dont la fonction est d'étudier les plaintes des salariés concernant le fardeau de la tâche, ou tous problèmes relatifs aux soins. Tel que prévu dans la convention, chaque établissement est libre de créer un comité de soins. Il s'agit d'un outil qui permet de traiter des plaintes officielles, sans toutefois déposer un grief et devoir aller en arbitrage.

- Article 35 – Tâche et organisation du travail

Cet article prévoit la mise en place d'un comité paritaire provincial concernant la tâche et l'organisation du travail dans les 60 jours suivant l'entrée en vigueur de la convention collective. Il est composé de neuf membres, dont un désigné par le ministre de la Santé et des services sociaux, et quatre représentant des associations patronales. Ce comité a pour mandat d'étudier la tâche et l'organisation du travail ainsi que l'impact de l'introduction de nouvelles technologies pour faire des recommandations au sujet de l'organisation du travail.

Outre ces deux articles de la convention collective nationale, une lettre d'entente concernant l'organisation du travail entre les parties se retrouve en annexe. Il s'agit d'une lettre d'entente liée à l'attraction, la rétention et la disponibilité de la main d'œuvre ainsi qu'à la réduction du taux d'utilisation de la main-d'œuvre

indépendante (ci-après « MOI »)³⁰. Globalement, cette lettre d'entente prévoit le rehaussement des postes à temps partiel chez les infirmières et les infirmières auxiliaires, soit cinq jours de travail par période de quatorze jours. Cette entente prévoit aussi une réduction de 40% du taux d'utilisation de la main d'œuvre indépendante d'ici 2015. Elle prévoit aussi une liste de sujets autour desquels les parties locales doivent négocier dans leur établissement respectif. L'objectif de cette liste : bénéficier d'une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail en fonction de leurs besoins.

La négociation locale doit :

- favoriser l'utilisation des salariés de l'établissement afin de limiter le recours à la MOI ;
- permettre l'utilisation du personnel en surplus dans un centre d'activité s'il y a un manque d'effectifs dans un autre centre ;
- améliorer la dotation en personnel afin de stabiliser les équipes de travail tout en assurant une certaine flexibilité ;
- favoriser le transfert de l'expertise des salariés œuvrant sur les différents quarts ;
- permettre de la souplesse dans l'aménagement des horaires et de la semaine de travail ;
- favoriser la participation des salariés dans l'élaboration des horaires de travail.

Cette lettre d'entente stipule aussi que le rehaussement des postes à temps partiel des infirmières et infirmières auxiliaires se fera par arrangement local.

Maintenant que nous avons exploré les règles de la convention collective nationale et les stipulations des ententes locales, nous expliquons comment ces

³⁰ Notons que dans le jargon du secteur de la santé, la « *main d'œuvre indépendante (MOI)* » ne fait pas référence à des infirmières « *travailleurs autonomes* », mais bien à des infirmières en provenance d'agences de placement.

règles s'appliquent dans les ententes locales au sein des deux centres hospitaliers à l'étude.

Tel que mentionné précédemment, peu de dispositions concernant l'organisation du travail sont prévues dans la convention collective nationale. Notons également que l'article 35 « *Tâche et organisation du travail* » a été tronqué depuis sa version originale qui remonte à la convention collective nationale de 2000-2002. Originellement, la clause suivante s'y trouvait : « *L'employeur s'efforce dans la mesure du possible de ne pas diviser ou morceler entre les infirmières d'un centre d'activités les tâches qu'il leur confie.* »³¹ Or, cette clause a été supprimée de la convention collective nationale et fait maintenant partie des négociations locales. Toutefois, cette clause est souvent inexistante dans les ententes locales. C'est le cas des deux centres hospitaliers à l'étude où il n'y a pas de clauses à cet effet.

Il ne reste plus que le « *comité de soins* » prévu à l'article 13 de la convention collective nationale comme moyen d'action en matière d'organisation du travail. Le comité de soins est un levier intéressant de résolution de problèmes. Il donne lieu à des rencontres paritaires qui visent à dresser un portrait de toutes situations liées au fardeau de la tâche ou à tous problèmes relatifs aux soins. La tenue de ces rencontres permet d'évaluer si, d'un endroit à un autre, des tendances se créent sur le plan de l'organisation du travail. Elles permettent également aux professionnels de mettre en lumière les aspects moins visibles de leur tâche (Synd1. Francophone).

Du côté syndical, toutes les personnes que nous avons rencontrées dans le cadre de notre recherche affirment qu'il s'agit d'un outil à privilégier pour agir localement en matière d'organisation du travail. Le comité de soins est un levier intéressant qui permet aux syndicats d'ouvrir le dialogue avec l'employeur pour régler certaines plaintes formelles, et ce, sans avoir recours à l'arbitrage. Les acteurs syndicaux que nous avons rencontrés voient le comité de soins comme une

³¹ Art.42.01 de la Convention collective nationale 2000-2002.

démarche de résolution de problèmes, où le succès des équipes locales dépend de leur engagement. À l'échelle locale, tous les établissements de santé et services sociaux possèdent le même coffre à outils : ils ont tous la possibilité de négocier localement différentes clauses portant sur l'organisation du travail. Cependant, même si le comité de soins est reconnu et conventionné, la création de ce dernier repose sur la volonté des parties d'en créer un et d'y adhérer. Les acteurs syndicaux déplorent le fait que certains employeurs soient moins réceptifs. Certains employeurs ne se présentent pas aux rencontres et tentent parfois d'étirer les affaires plutôt que de trouver des solutions. Un des interlocuteurs syndicaux résume de cette façon la vision des employeurs à l'égard des comités de soins :

« Ils nous discréditent parce que lorsqu'il s'agit de projets Lean, en huit semaines ils ont fait le tour, puis ils ont trouvé les problèmes. Donc, c'est vraiment une question de volonté, parce que ce n'est pas tout d'avoir des conditions. »

(Synd2, Francophone)

La volonté des parties, la culture de l'établissement et les relations de travail entre le syndicat et l'employeur ont un impact majeur sur le succès du comité de soins dans chacun des établissements. Ainsi, même si une structure est définie à l'échelle nationale, plusieurs éléments de la négociation en matière d'organisation du travail dépendent de la dynamique des équipes locales. La plupart des clauses touchant à l'organisation du travail sont maintenant négociées localement. Les équipes locales se retrouvent souvent sans pouvoir devant l'employeur. Il n'existe aucun recours à des moyens de pression formels pour négocier au palier local, ni d'incitatifs favorisant la négociation locale et la mise en place d'outils comme le comité de soins.

La création et le bon fonctionnement du comité de soins repose entièrement sur la volonté des parties. C'est une méthode qui peut fonctionner à l'échelle locale, mais qui est souvent inégale et à géométrie variable d'un établissement à un autre.

Un des interlocuteurs syndicaux affirme que l'amélioration de l'organisation du travail via le comité de soins est inexistante comme il n'y a aucun incitatif à devoir négocier localement. Seules les situations extrêmes font bouger les choses : employés insatisfaits et en souffrance psychologique (Synd2, Francophone).

Un autre facteur mis en évidence dans nos entretiens est que l'adoption de la *Loi 25* en 2003³² n'a pas aidé les équipes locales à mettre en place des comités de soins. L'adoption de la *Loi 25* a généré la fusion et la fermeture de plusieurs établissements de la santé et a manifestement brisé des équipes de travail. Depuis, dans certains établissements, il est devenu difficile de travailler en équipe puisque la culture organisationnelle ne s'est jamais rebâtie. Un des interlocuteurs syndicaux que nous avons rencontré explique qu'il y a une tendance vers l'individualisme chez les professionnels de la santé. De moins en moins de personnes souhaitent travailler en équipe et s'investir pour mettre en place des comités de travail, dont le comité de soins.

Toutefois, les acteurs syndicaux nous ont indiqué que le comité de soins avait été un gage de succès sur le plan de l'organisation du travail. Le comité de soins se veut un lieu privilégié d'intervention et de discussion pour traiter de tout ce qui affecte localement l'organisation du travail, un lieu d'échanges, de discussions et de négociations sur l'organisation de travail. Pour obtenir du succès, il est impératif que l'équipe locale arrive à faire comprendre le rôle des responsables syndicaux aux professionnels de la santé. Leur rôle ne se limite pas à régler des griefs et à voir au respect de la convention collective : il s'agit aussi de jouer un rôle proactif au niveau de l'organisation du travail.

« Dans les endroits où il a eu du succès, les gens maintenaient les deux structures, d'un côté ils participaient activement au projet Lean, et de l'autre côté, ils participaient à tout ce qui était pratique professionnelle et

³² Voir la note 13 et le texte correspondant.

organisation du travail, c'était maintenu dans la structure conventionnée qui est paritaire, contrairement au projet Lean. »

(Synd1)

Selon les interlocuteurs syndicaux que nous avons rencontrés, pour assurer le fonctionnement du comité de soins, les gestionnaires ne doivent pas chercher à le contourner en faisant des projets d'organisation du travail de manière unilatérale. Il faut plutôt miser sur la parité qu'offre le comité de soins pour assurer la mise en œuvre efficace de nouveaux projets d'organisation du travail.

Maintenant que nous avons présenté les résultats obtenus concernant les comités de soins – un moyen d'action pour modeler l'organisation du travail dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux – nous allons dévoiler les résultats obtenus par rapport aux formes d'emplois. Nous cherchions d'abord à découvrir s'il y avait des ratios de temps complet ou de temps partiel chez les infirmières dans les établissements à l'étude. Puis, nous avons tenté d'établir comment la convention collective ou les ententes locales encadrent le recours aux infirmières sur appel ou encore à de la main-d'œuvre indépendante (MOI).

Afin de faciliter la présentation des résultats, nous présentons les résultats pour chacun des indicateurs de la variable *modes d'organisation du travail*. Nous commençons par présenter les résultats communs aux deux centres hospitaliers pour l'indicateur *formes d'emploi*, puis nous présentons séparément les résultats obtenus par chacun des deux centres hospitaliers. La même formule est utilisée pour le deuxième indicateur, soit les *ratios*.

- Formes d'emplois

Règles communes aux établissements de la santé :

D'abord, précisons que toutes les matières à négocier ayant une incidence monétaire sur les budgets sont négociées au palier national avec le Conseil du Trésor. Toutefois, même si les formes d'emploi ont une influence sur les budgets, il revient aux gestionnaires locaux d'afficher les postes selon leurs besoins. Les établissements ont la pression et le devoir de créer des postes en fonction d'un budget qu'il leur est attribué par le Conseil du Trésor. Ils détiennent une certaine latitude dans la création de postes – temps complet ou temps partiel –, mais ils doivent respecter le budget (Synd2, francophone). De plus, depuis le décret de 2005, un des gains de la fédération étudiée a été la titularisation des postes. La convention collective nationale de cette fédération syndicale oblige les employeurs à offrir aux infirmières un poste minimal de 8 quarts de travail pour une période de 28 jours. Avant la titularisation, certaines infirmières n'avaient pas de postes : elles travaillaient uniquement sur appel, puisqu'aucune obligation n'existait à cet effet. Ainsi, certaines balises prévues dans la convention collective doivent être respectées – la titularisation de poste, par exemple – mais il revient aux employeurs d'afficher des postes à temps complet ou à temps partiel.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Dans le centre hospitalier francophone, la structure de poste est la suivante : temps complet (40%) et temps partiel (60%) (Gest1, RSSS). Toutefois, un des gestionnaires rencontrés nous a indiqué que le centre hospitalier francophone tente activement d'inverser la situation pour en arriver à 60% de temps complet et 40% de temps partiel (Gest1, MSSS). Du côté syndical, trois interlocuteurs s'entendent sur le fait qu'il manque de postes à temps complet. Ils affirment que l'idéal serait d'atteindre un taux de 75% de postes à temps plein chez les infirmières (Synd2, Synd3, Synd4,

francophone). Toutefois, deux gestionnaires nous indiquent que malgré le haut pourcentage de postes à temps partiel, ce sont des postes de qualité.

« La majorité des postes à temps partiel ce sont des temps partiels assez de qualité, c'est-à-dire sept à huit quarts de travail par quatorze jours. On a peu de cinq et de quatre quarts de travail par quatorze jours. »³³

(Gest4, francophone; appuyé par Gest5, francophone)

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Contrairement aux résultats du centre hospitalier francophone, les entretiens révèlent que le centre hospitalier anglophone valorise davantage les postes à temps complet que les postes à temps partiel. La structure de poste dans le centre hospitalier anglophone se situe à environ 65% de temps complet et 35% de temps partiel (Synd5, anglophone). Par contre, deux répondants syndicaux du centre hospitalier anglophone affirment que depuis la titularisation des postes, il y a plus de postes à temps partiel qu'autrefois chez les infirmières. La titularisation fait en sorte que toutes les infirmières détiennent minimalement un poste à temps partiel – quatre quarts de travail par quatorze jours –, ce qui a eu pour effet de supprimer les postes sur appel.

« Avec la titularisation, on ne peut plus avoir le statut sur appel seulement, donc les infirmières doivent maintenant détenir un poste à temps partiel avec un minimum de quatre quarts de travail par quatorze

³³ Pour le centre francophone à l'étude, l'entente locale prévoit à l'article 9.01 que la semaine régulière de travail est de trente-sept heures et demie (37.50) répartie entre les journées travaillées mais divisées en un maximum de cinq (5) jours de sept heures et demies (7.50) de travail. Or, selon l'énoncé cité ci-haut par Gest4, une infirmière avec un statut à temps partiel qui travaille huit (8) quarts de sept heures et demies (7.50) chacun, sur une période de quatorze jours, représente trente (30) heures par semaine. Ainsi, on peut dire que se sont des temps partiel de qualité, car trente (30) heures par semaine s'approchent pratiquement à un statut temps complet.

jours³⁴. Depuis, on remarque que la tendance s'est maintenue, ils ont engagé beaucoup d'infirmières occupant un poste « point quatre ». Avant, il y en n'avait presque pas de temps partiel et là c'est le contraire. On remarque que beaucoup de postes sont à temps partiel « point quatre », mais elles travaillent presque toutes, si elles le veulent, à temps complet. »

(Synd5, anglophone; appuyé par Synd6, anglophone).

- Les ratios

Règles communes aux établissements de la santé

Nous avons constaté au fil des entretiens que la convention collective et les ententes locales ne prévoient pas de ratios fixés liés à l'emploi à temps complet et à temps partiel. Par contre, trois interlocuteurs syndicaux ont mentionné que les employeurs et les syndicats étudient la possibilité d'intégrer des ratios dans la convention collective nationale (Synd2, francophone; Synd5 et Synd6, anglophone). Il est difficilement envisageable que les ratios soient négociés localement : cela aurait un impact sur les budgets. Toutefois, il serait tout aussi difficile de négocier des ratios à l'échelle nationale : les besoins sont très différents d'un établissement à un autre. Par exemple, un centre hospitalier et un CHSLD n'ont pas la même mission et les mêmes besoins. Il serait donc difficile de les contraindre aux mêmes ratios de postes à temps complet et à temps partiel.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Tel que mentionné ci-haut, il n'y a pas de ratios à respecter, il relève du droit de gérance.

³⁴ Dans le jargon du réseau de la santé, un poste à temps partiel minimal, soit quatre quarts de travail par quatorze jours est communément appelés un « point quatre quinzaine ».

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Tel que mentionné ci-haut, il n'y a pas de ratios à respecter, ils relèvent du droit de gérance.

Éléments synthèse de comparaison

Même s'il appert qu'il y a plus de postes à temps complet dans le centre hospitalier anglophone, nous remarquons que les postes à temps partiel de ce dernier seraient moins intéressants que ceux du centre hospitalier francophone. Depuis la titularisation, il n'y a plus de liste de rappel, mais plutôt des infirmières avec un statut à temps partiel. Toutefois, ces infirmières à temps partiel du centre hospitalier anglophone ne détiennent pour la plupart qu'un poste quatre quinzaine, ce qui représente quatre quarts de travail par deux semaines. Alors qu'au sein du centre hospitalier francophone, les entretiens montrent que les infirmières travaillant à temps partiel détiennent environ sept à huit quarts de travail par deux semaines. Au sein des deux établissements, les infirmières détiennent minimalement un poste quatre quinzaine, ce qui représente deux jours de travail par semaine³⁵. Outre la structure de postes, les répondants ont affirmé qu'aucun des deux centres hospitaliers n'a eu recours à de la main-d'œuvre indépendante. Seule exception : un des établissements récemment fusionnés au centre hospitalier anglophone a fait usage de main-d'œuvre indépendante.

Enfin, selon les entretiens que nous avons réalisés, nous constatons que la transition de la négociation collective du palier national vers le palier local n'est peut-être pas encore au point. La convention nationale prévoit que les parties peuvent, par arrangements locaux, négocier des clauses sur l'organisation du travail. Toutefois, aucun moyen de pression ne leur est permis. Autre élément qui réduit le pouvoir des équipes locales sur les matières à négocier : elles ne peuvent négocier des matières

³⁵ Quatre quinzaine, représente quatre (4) quarts de travail sur une période de quatorze (14) jours, C'est-à-dire deux (2) journées de travail par semaine.

qui ont une incidence sur les budgets. Cela dit, certains objectifs nationaux de la négociation locale concernant l'organisation du travail sont prévus dans une lettre d'entente en annexe à la convention collective nationale de 2011-2015. Malgré ce qui est prévu à l'annexe de la convention collective nationale et le bon vouloir des parties, un fait demeure : les arrangements locaux visant à améliorer l'organisation du travail, à réduire l'usage de la main d'œuvre indépendante et à rehausser les postes à temps partiels peuvent avoir une incidence majeure sur le budget établi par le Conseil du Trésor. Les parties sont donc limitées dans leur pouvoir de négociation et parviennent difficilement à réaliser les objectifs nationaux prévus dans la lettre d'entente mentionnée plus haut.

Passons maintenant aux résultats obtenus concernant la troisième composante de la variable indépendante : les pratiques d'organisation du travail, présenté selon les trois codes (a), (b) ou (c) que nous lui avons attribués.

4.2.3 Les pratiques d'organisation du travail

a) Contrôle et supervision

Les infirmières ont des droits conventionnés sur le plan de l'organisation du travail. Elles ont aussi des obligations professionnelles régies par le code de déontologie des infirmières et infirmiers et par certaines lois qui encadrent leur pratique. En plus des conditions de travail négociées, l'évolution de la pratique professionnelle est un facteur déterminant sur l'organisation du travail. Nous avons étudié le code *contrôle et supervision* à partir de quelques indicateurs qui, selon nos interlocuteurs, ont une influence sur l'organisation du travail. Il s'agit des indicateurs suivant : *qui décide de l'organisation du travail, la composition de l'équipe de travail et le type de gestionnaire*. Ci-après, nous exposons pour chacun de ces indicateurs la façon dont le travail des infirmières est organisé au sein des deux centres hospitaliers à l'étude.

Les entretiens effectués nous ont permis de recenser plusieurs éléments contextuels liés au secteur de la santé. Ces derniers ont provoqué des changements dans l'organisation du travail des infirmières. Voici les éléments qui ont contribué aux modifications liées à la gouvernance du réseau et à l'organisation du travail : la réforme de 2003 et les fusions d'établissements pour former les CSSS, l'entrée en vigueur de la *Loi 90*, et la mise en place de nouvelles normes documentaires et professionnelles – le *plan thérapeutique infirmier* et les *ordonnances collectives*, par exemple. Les résultats obtenus pour le premier code, *contrôle et supervision*, sont regroupés sous les trois indicateurs suivants : *composition de l'équipe de travail, qui décide de l'organisation du travail et type de gestionnaire*³⁶.

- *Composition de l'équipe de travail*

Règles communes aux établissements de la santé

Selon un des gestionnaires du centre hospitalier francophone que nous avons rencontré, l'organisation du travail a évolué pour deux raisons : d'une part, la pénurie d'infirmières au tournant des années 2000, et d'autre part, le contexte de contraintes budgétaires (Gest7, francophone). Deux répondants syndicaux et une gestionnaire sont plutôt d'avis que la *Loi 90*, adoptée en 2003, est la principale source de changements (Synd1; Synd2, francophone; Gest1, RSSS).

« La Loi 90 a donné aux infirmières auxiliaires un champ de pratique, alors c'est certain que les gestionnaires ont peut-être eu plus le réflexe d'aller vers ces autres intervenants-là pour jouer un rôle dans l'équipe de soins. »

(Synd1)

³⁶ Par type de gestionnaires, nous faisons référence à sa formation professionnelle ainsi qu'à sa vision des soins infirmiers, entre autres du rôle de l'infirmière au sein d'une équipe de soins.

L'organisation du travail des infirmières a évolué pour s'adapter aux changements législatifs et aux pressions de l'environnement externe du secteur de la santé. Depuis, les hôpitaux ont intégré des infirmières auxiliaires sur les unités de soins. Ce facteur est une des sources de changements dans l'organisation du travail des infirmières. De ce changement est née une certaine confusion autour des rôles des infirmières et des infirmières auxiliaires.

« C'est pour ça qu'on a fait cet automne une publication qui expliquait le rôle de l'infirmière auxiliaire parce qu'on souhaitait que le rôle de chacune soit compris au niveau de la pratique, puis de la compréhension de nos membres. Ces deux pratiques-là sont tout à fait différentes, mais complémentaires. Il y a encore un travail de sensibilisation à faire à ce niveau-là, et puis le fait que la Loi 90, même après plus de 10 ans de son entrée en vigueur, que ce ne soit pas nécessairement encore quelque chose d'acquis partout, mais c'est certain qu'il y a un flou au niveau des limites professionnelles. »

(Synd1)

Non seulement la *Loi 90* a-t-elle eu un effet sur la composition des équipes de travail³⁷, mais l'adoption de la *Loi 25*³⁸ – et la fusion de plusieurs établissements – a brisé les équipes de travail. Ces changements liés à la composition de l'équipe de travail font en sorte que le travail des infirmières s'organise autrement, passant des soins intégraux aux soins en dyade ou en trio. L'organisation du travail en dyade signifie qu'une infirmière et une infirmière auxiliaire travaillent ensemble pour prodiguer les soins aux patients. L'organisation en trio, quant à elle, signifie que l'infirmière travaille en équipe avec des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Nous présenterons ci-dessous les résultats obtenus en fonction de la composition de l'équipe de travail pour chacun des deux centres hospitalier.

³⁷ Sur la *Loi 90*, voir la note 27 et le texte correspondant.

³⁸ Sur la *Loi 25*, voir la note 13 et le texte correspondant.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Avant même l'entrée en vigueur de la *Loi 90*, un des hôpitaux du centre hospitalier francophone avait recours aux infirmières auxiliaires. Ainsi, les infirmières travaillaient déjà en dyade avec ces dernières. Dans cet hôpital, l'organisation du travail reposait déjà sur le travail en équipe, où les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires collaboraient pour soigner les patients. Dans deux autres hôpitaux du centre hospitalier francophone, il n'y avait pas d'infirmières auxiliaires. Ces deux hôpitaux organisaient le travail en soins intégraux, où les infirmières étaient responsables de l'intégralité des soins des patients.

Nos entretiens confirment que dans les hôpitaux où les infirmières étaient habituées de travailler en silo, l'intégration des infirmières auxiliaires a été plus difficile. De plus, comme cette intégration a été réalisée au même moment que l'implantation de certains projets d'optimisation, cela a eu pour effet de déstructurer la façon d'organiser les soins (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Ce fut un mariage difficile, notamment parce que les infirmières ont eu de la difficulté à faire confiance aux infirmières auxiliaires, à qui ont été confiées des tâches que les premières avaient l'habitude de réaliser.

Au sein du centre hospitalier francophone à l'étude, le travail des infirmières s'organise en dyade avec les infirmières auxiliaires. Les répondants syndicaux et un gestionnaire du centre hospitalier francophone nous ont indiqué que le travail en dyade a eu pour effet de clarifier les rôles professionnels des infirmières et des infirmières auxiliaires (Synd1; Synd2, Synd3, Synd4, francophone; Gest1, RSSS). Cette réorganisation du travail en dyade a provoqué des changements dans la profession des infirmières : elles sont désormais au centre de l'équipe et ont pour mission de coordonner l'équipe de travail (Synd1; Synd2, Synd3, Synd4, francophone; Gest2, anglophone). En effet, le travail en dyade avait pour objectif d'optimiser le plein potentiel des infirmières en les déchargeant de certaines tâches qui ne relèvent plus de leur responsabilité. Les infirmières du centre hospitalier

francophone sont maintenant habituées à travailler en dyade avec les infirmières auxiliaires. Elles expriment désormais leur mécontentement lorsqu'il manque d'infirmières auxiliaires (Synd3, Francophone).

La composition de l'équipe de travail repose sur une structure de postes préétablie par le gestionnaire – un nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires défini pour les quarts de jours. Toutefois, les infirmières en chef ont le droit de réorganiser le travail et de modifier la structure de postes pour s'adapter au niveau d'activité, et ce, en substituant des infirmières par des infirmières auxiliaires (Synd3, francophone). La composition de l'équipe de travail peut varier selon l'unité de soins, la nature des activités et l'état des patients (Gest4, francophone). Un gestionnaire nous a expliqué que, par exemple, la composition de l'équipe de travail ne sera pas la même au sein de l'unité de soins intensifs qu'au sein de l'unité coronarienne (Gest4, francophone). Il existe – à titre indicatif seulement – des ratios d'infirmières et d'infirmières auxiliaires établis selon les activités et le nombre de patients. Les conseillers syndicaux déplorent la pratique actuelle liée à la composition des équipes de travail. Les établissements assurent une structure de poste minimale, et lorsqu'il y a des absences, aucun remplacement n'est prévu (Synd2, Synd3, Synd4, Francophone).

« Avec les absences ponctuelles, comme il n'y a pas de vraies équipes volantes pour combler le manque, ils doivent réorganiser le travail, mais comme la structure de poste est déjà à son minimum, ils ne peuvent aller en dessous de cette structure, d'où le TSO. »

(Synd4, francophone; appuyé par Synd2 et Synd3, francophone)

À la lumière des résultats obtenus, nous constatons qu'il y a peu de stabilité dans les équipes de travail. Malgré la structure de poste existante, les absences de sont pas compensées. Ainsi pour pallier au manque, le travail est redistribué entre les membres du personnel qui se trouve déjà sur place.

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Du côté du centre hospitalier anglophone, les infirmières commencent à peine à travailler en dyade. Contrairement au centre hospitalier francophone, il y a très peu d'infirmières auxiliaires au sein du centre hospitalier anglophone. Seule exception : un hôpital récemment fusionné au centre hospitalier anglophone et où il y a peu d'infirmières, mais beaucoup d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Dans cet hôpital, le travail est organisé en trio et l'infirmière travaille en collaboration avec des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Les infirmières des autres hôpitaux du centre hospitalier anglophone qualifient leur pratique de beaucoup plus autonome qu'ailleurs dans le milieu de la santé. La majorité des unités de soins du centre hospitalier anglophone est composée d'assistantes infirmières, d'infirmières et d'infirmières cliniciennes.

« Je vous dirais que pour avoir travaillé ailleurs, il y a quelques années, d'avoir aussi fait un petit peu des relations de travail dans un hôpital francophone, je vous dirais que les infirmières ont une pratique plus autonome ici. »

(Synd5 anglophone; appuyé par Synd6, anglophone)

Quelques infirmières auxiliaires ont été intégrées aux hôpitaux du centre hospitalier anglophone, toutefois en moins grand nombre que dans le centre hospitalier francophone (synd1). Les infirmières ont dû apprendre à travailler en dyade avec les infirmières auxiliaires et à réorganiser les soins pour travailler en interdisciplinarité. À l'exception de l'hôpital dernièrement fusionné, le travail en dyade n'en est qu'à ses débuts au sein du centre hospitalier anglophone. D'ailleurs, deux représentants syndicaux du centre hospitalier anglophone croient que les infirmières auxiliaires ont leur place dans le système de la santé, mais pas nécessairement au sein des centres hospitaliers.

« Nous sommes débordées, mais on a remplacé une infirmière par une infirmière auxiliaire. Elles sont nos membres, elles sont des professionnelles, mais je dis qu'elles ont leur place dans le réseau, mais peut-être pas dans des centres hospitaliers. »

(Synd5, anglophone; appuyé par Synd6, anglophone)

Même si le champ de pratique des infirmières auxiliaires est bien défini, leur rôle demeure plus limité que celui des infirmières. Le remplacement d'une infirmière par une infirmière auxiliaire semble compliquer la répartition de la charge de travail pour les infirmières qui ne sont pas habituées de travailler avec les infirmières auxiliaires. Selon deux interlocuteurs syndicaux, les infirmières ont souvent de la difficulté à répartir la charge de travail, car le rôle de l'infirmière auxiliaire est mal défini et plus restreint (Synd5, Synd6, anglophone).

« Là tu sens la lourdeur pis ce n'est pas la faute de l'auxiliaire, mais c'est que tu te dis j'aimerais mieux avoir une infirmière qui n'aurait pas de limite dans sa pratique. »

(Synd5, anglophone)

Selon les interlocuteurs syndicaux interrogés, les ratios infirmières par nombre de patients sont inadéquats pour assurer des soins sécuritaires aux patients. Ils déplorent le manque d'effectifs des unités de soins causés par le non-remplacement en cas d'absence. Au lieu de faire appel à un remplacement, les infirmières doivent réorganiser leur journée de travail en conséquence. Les résultats de nos entretiens indiquent que les infirmières préfèrent être jumelées à d'autres infirmières plutôt qu'à des infirmières auxiliaires en cas de surcharge. En effet, comme les infirmières ne sont pas limitées dans leur pratique, cela les déchargerait davantage. Enfin, lors de surcharge pendant les quarts de jours, les assistantes infirmières qui n'ont habituellement pas de patients à leur charge peuvent s'occuper de quelques patients pour venir en aide aux autres infirmières et infirmières auxiliaires déjà sur place.

- Qui décide de l'OT

Règles communes aux établissements de la santé

Malgré ce qui est prévu par l'encadrement légal, la mise en place et l'utilisation de certains outils pour organiser les soins varie d'un établissement de la santé à un autre. Les outils existent – le PTI et les ordonnances collectives en sont des exemples. Toutefois, les règles internes de chacun des établissements de la santé ne permettent pas nécessairement aux professionnelles de la santé de jouer pleinement leur rôle dans leur domaine d'application. Le PTI, qui est depuis 2009 une norme documentaire obligatoire pour les infirmières, est encore aujourd'hui en processus d'implantation dans certains établissements. La mise en place d'ordonnances collectives tarde également en raison de mésententes entre les ordres professionnels.

« Il y a des établissements où les règles de soins infirmiers à l'interne n'ont pas évolué et où par exemple l'infirmière auxiliaire n'est toujours pas en mesure d'administrer des médicaments, ce qui est une de ses activités réservées prévues par la Loi 90. »

(Synd1)

L'actualisation du champ d'exercice des onze professionnels de la santé vient centraliser le rôle de l'infirmière sur le plan de l'organisation du travail, notamment en raison de son rôle d'évaluation et de coordination de l'équipe de soins. L'article 36 de *la Loi sur les infirmières et infirmiers* prévoit l'exclusivité de quatorze activités aux infirmières, leur permettant de jouer un rôle central en matière d'évaluation et de surveillance clinique des patients.

Ces changements sont des leviers importants pour la pratique professionnelle des infirmières et ont entraîné des changements majeurs sur l'organisation du travail. Le champ d'exercice des infirmières prévoit qu'elles doivent effectuer la première

ournée visuelle, faire l'évaluation des patients, puis répartir la charge de travail aux infirmières auxiliaires. Les infirmières sont responsables de tous les patients dans leur unité, mais doivent déléguer certaines tâches aux infirmières auxiliaires, la pause d'un pansement ou la tournée des médicaments, par exemple.

Des onze répondants, cinq ont fait part de l'ambiguïté liée au rôle des infirmières auxiliaires. Cela complique la mise en application de la *Loi 90* et la l'utilisation efficace des outils comme le PTI et les ordonnances collectives (Synd1; Synd2, francophone; Synd3, francophone; Synd4, francophone; Gest1, MSSS).

Les retards dans l'implantation de ces outils font en sorte que les professionnelles en soins ne peuvent exercer pleinement leur champ de pratique mis de l'avant par la *Loi 90*. Pour certains établissements l'application de la *Loi 90* a clarifié le rôle de chacune des professionnelles de la santé en délimitant leur champ d'activités. Pour d'autres, son application a plutôt créé de la confusion sur le plan de l'organisation des soins (Synd1). Voyons maintenant comment cela s'est répercuté sur l'organisation du travail des deux centres hospitaliers à l'étude.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Nous constatons que le centre francophone tente de valoriser le travail interdisciplinaire entre les différents professionnels de la santé pour organiser le travail.

« Le fait que la Loi 90 a donné aux infirmières auxiliaires un champ de pratique, c'est certain qui a peut-être eu plus le réflexe d'aller vers ces autres intervenants là pour jouer un rôle dans l'équipe de soins. »

(Synd1)

Les infirmières occupent une place centrale dans l'équipe de soins, où elles ont la mission d'évaluer tous les patients et d'assurer la coordination des activités (Synd1). Nous avons constaté que des formations ont été offertes aux professionnels

de la santé de certains établissements concernant les rôles et champs d'exercice réservés aux infirmières. Dans ces établissements, le travail est organisé en dyade, où infirmières et infirmières auxiliaires se partagent l'exécution des soins. Pour résumer le processus, l'assistante infirmière chef fait l'assignation des équipes et distribue la charge de travail entre les infirmières, en plus d'assurer un suivi global des activités. Les infirmières organisent ensuite leur journée de travail et délèguent certaines tâches aux infirmières auxiliaires.

Résultats centre hospitalier anglophone

Le centre hospitalier anglophone valorise plutôt la pratique infirmière pour organiser les soins. Un gestionnaire et deux interlocuteurs syndicaux interviewés nous ont décrit le processus d'organisation des soins lors d'une journée de travail typique. L'assistante infirmière chef répartit le travail aux infirmières en fonction du nombre de patients et de l'état de santé de ces derniers (Gest3, anglophone; Synd5, Synd6, anglophone). Par la suite, chaque infirmière organise sa journée de travail et son temps. Cette dernière est responsable d'évaluer les patients et de dresser un plan thérapeutique infirmier. Selon le plan établi, elle délègue certaines tâches à l'infirmière auxiliaire. Enfin, les infirmières et infirmières auxiliaires se partagent les rapports sur chacun des patients. Bien que les infirmières aient du mal à déléguer certaines tâches aux infirmières auxiliaires, cela leur permet tout de même d'avoir plus de patients à leur charge. Au lieu d'être responsable de quatre ou cinq patients lors d'un quart de jour, les infirmières peuvent maintenant s'occuper de huit ou neuf patients en travaillant en dyade avec une infirmière auxiliaire.

« Si j'ai 8 patients, donc l'infirmière se dit j'ai 8 dossiers à regarder et j'ai 8 PTI à faire, mais comment je vais y arriver? J'ai 8 patients à donner des médicaments, mais non, parce que l'infirmière auxiliaire, elle a aussi son champ de pratique. Donc, c'est de se diviser le travail et de ne pas penser qu'on doit aller en arrière d'elle, comme si c'est une étudiante

pour vérifier ce qu'elle fait. Non! Elle est responsable, elle a sa licence, elle est responsable. »

(Synd5, anglophone)

Même si les infirmières commencent graduellement à travailler en interdisciplinarité avec des infirmières auxiliaires, le centre hospitalier anglophone est encore aujourd'hui marqué par une culture de la pratique infirmière autonome.

- Type de gestionnaire

Règles communes aux établissements de la santé

Un élément fort intéressant que nous n'avions pas prévu a fait surface au fil des entretiens : le type de gestionnaire sur les unités de soins. Autrefois, les gestionnaires d'unité de soins étaient pour la plupart des infirmières de profession. Aujourd'hui, les gestionnaires d'équipe de soins proviennent de plusieurs autres domaines qui ne sont pas forcément liés au domaine de la santé. Nous avons constaté que le type de gestionnaire peut avoir une influence sur l'organisation du travail des infirmières. Un interlocuteur syndical s'est exprimé sur le sujet. Ce dernier ne remet pas en question les compétences des gestionnaires non-issus du domaine de la santé. Toutefois, il constate qu'ils sont moins sensibles à la pratique professionnelle des infirmières en général (Synd1).

Résultats du centre hospitalier francophone

Selon les interlocuteurs syndicaux interrogés, les gestionnaires du centre hospitalier francophone, n'étant pas infirmières de profession, pratiquent un mode de gestion plus détaché (Synd1; Synd2, Synd3, Synd4, francophone). La préoccupation de ces nouveaux gestionnaires n'est plus le patient, mais plutôt le budget : l'organisation du travail s'articule autour d'une logique de réduction de coûts plutôt qu'autour des besoins des patients.

« C'est que la préoccupation n'est plus tant le patient, mais il faut plutôt arriver dans les budgets, donc s'efforcer de réduire la durée des séjours et ne pas faire les remplacements en cas d'absence. »

(Synd2, francophone)

Auparavant, les gestionnaires d'unité agissaient en leader et dirigeaient les infirmières dans leurs diverses tâches. Aujourd'hui, les gestionnaires sont campés dans un rôle lié au contrôle des coûts dans une logique de rattrapage budgétaire (Synd2, francophone).

Résultats du centre hospitalier anglophone

Les entretiens auprès des gestionnaires des nombreux départements du centre hospitalier anglophone indiquent que la majorité d'entre eux proviennent du domaine des soins infirmiers. Toutefois, dans certains départements, en psychiatrie par exemple, les gestionnaires ne sont plus nécessairement des infirmières de profession (Synd6, anglophone). L'arrivée de ces nouveaux gestionnaires s'est fait remarquer par une certaine rigidité en matière de contrôle des dépenses.

« Je n'aime pas dire ça, mais c'est notre langage [...] les nouveaux gestionnaires arrivent avec une mentalité francophone. Une mentalité rigide, alignée avec les compressions budgétaires. Le discours tend à changer et tend à amener une rigidité et un contrôle auquel on n'est pas du tout habitué. »

(Synd5, anglophone)

Les interlocuteurs syndicaux, pour leur part, indiquent que les gestionnaires provenant du milieu des soins infirmiers sont possiblement les mieux placés pour évaluer les besoins et pour valoriser la profession, mais pas nécessairement pour assurer la gestion des budgets (Synd5, anglophone). Toutefois, comme la majorité des postes de gestionnaires d'unités sont occupées par des infirmières de

professions, la profession d'infirmière est grandement valorisée au sein des établissements du centre hospitalier anglophone. Cet élément expliquerait également l'adoption d'un mode de gestion plutôt souple par rapport au cadre budgétaire.

Éléments synthèse de comparaison des deux centres hospitaliers

Plusieurs constats ressortent des résultats que nous avons recueillis concernant le code *contrôle et supervision*. D'abord, pour ce qui est du premier indicateur, la *composition de l'équipe de travail*, le centre francophone se distingue du centre anglophone pour la raison suivante : ses équipes de travail sont composées de plus d'infirmières auxiliaires. Dans le centre hospitalier francophone, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires se partagent la charge de travail. Du côté du centre hospitalier anglophone, les équipes de travail sont majoritairement composées d'infirmières ; seules quelques unités commencent à intégrer des infirmières auxiliaires. L'organisation du travail diffère d'un centre hospitalier à l'autre. Du côté francophone, comme l'équipe de travail est composée de différents acteurs soignants, le travail est organisé en dyade, unissant infirmières et les infirmières auxiliaires, et parfois en trio, où le travail est réparti entre infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires.

Le second indicateur, *qui décide de l'organisation du travail*, indique que les pratiques sont similaires entre les deux centres hospitaliers. Dans les deux cas, l'organisation des journées de travail est prise en charge par les infirmières. Du côté francophone, où les soins s'organisent en interdisciplinarité, les infirmières coordonnent les soins et travaillent en dyade avec les infirmières auxiliaires, ou en trio avec les préposées aux bénéficiaires en leur déléguant certaines tâches. Du côté anglophone, les infirmières organisent leur journée de travail de façon plus autonome, ayant la responsabilité de l'intégralité des soins. Des infirmières auxiliaires ont récemment été intégrées sur différentes unités de soins où l'infirmière répartit les soins et travaille maintenant en dyade avec les infirmières auxiliaires.

La composition des équipes de travail est un des éléments communs des deux centres hospitaliers à l'étude. Dans les deux cas, la structure de poste est minimale, et ce n'est qu'en cas d'urgence que les absences spontanées sont remplacées. Ainsi, les équipes de travail sont parfois insuffisantes par rapport au nombre de patients.

Finalement, pour ce qui est du *type de gestionnaire*, nous avons observé des différences entre le centre hospitalier francophone et le centre hospitalier anglophone. Du côté francophone, les gestionnaires proviennent de moins en moins du milieu des soins infirmiers. Ces derniers gèrent l'équipe de soins de façon plus détachée et ont un meilleur contrôle sur les dépenses. À l'opposé, du côté anglophone la plupart des gestionnaires ont suivi un parcours en soins infirmiers. Ces derniers valorisent davantage la profession infirmière, car ils sont plus sensibles aux particularités de la profession.

Maintenant que nous avons résumé les résultats du code *contrôle et supervision*, passons au code suivant, les *projets d'optimisation*.

b) Projets d'optimisation

Le secteur de la santé est en évolution et doit constamment s'adapter aux changements de l'environnement externe, notamment parce qu'il est exposé à d'importantes coupes budgétaires. Afin d'améliorer le fonctionnement du système de santé québécois, des projets d'amélioration continue – aussi appelés projets d'optimisation – ont été introduits dans certains établissements de la santé. Un des projets d'optimisation le plus souvent mis en œuvre est lié à la méthode *Lean*. Toutefois, nous constatons que le sujet est encore méconnu de plusieurs et que certains termes liés aux projets d'optimisation, projets *Lean* ou projets *Transforming care at the bed side (TCAB)*, sont employés de façon générique. Certains établissements mettent en place des projets de manière spontanée en employant le terme *Lean*, et ce, même si le projet ne vise pas à modifier l'organisation du travail.

« Il y a entre autres des établissements qui utilisent ce vocabulaire-là pour faire des changements qui sont plus au niveau clinique, par exemple de tenter d'améliorer ou de limiter le nombre de formulaires ou de notes au dossier, ce n'est pas nécessairement un processus qui vise à changer le processus de travail en tant que tel. Donc le nom est utilisé un petit peu à toutes les sauces présentement. »

(Synd1)

Malgré l'utilisation générique de ces termes, la mise en place de projets d'optimisation et de projets *Lean* dans le secteur de la santé date d'au moins dix ans. À l'époque, à la suite à la restructuration du réseau de la santé, les fusions d'établissements visaient à réduire les ressources utilisées. Aujourd'hui, plusieurs établissements de santé ont mis en place des projets *Lean* avec comme objectif de réduire le nombre de lits et les coûts (Synd1). Ces projets d'optimisation sont, aux yeux des répondants syndicaux, souvent mis de l'avant pour réduire les coûts – au détriment des patients et des professionnelles en soins, au cœur des besoins organisationnels du milieu.

« La préoccupation revient au niveau de l'établissement, où il y a tellement de pression pour arriver dans les budgets avec des politiques qu'ils n'ont pas le droit de dépasser leur budget, sinon ils sont pénalisés. »

(Synd2, francophone)

Notre étude révèle un premier constat lié aux projets d'optimisation : souvent aux prises avec les mêmes pressions budgétaires, les établissements de santé ne partagent pas la même philosophie de gestion. C'est pourquoi les projets d'optimisation diffèrent d'un établissement à un autre. Comme il revient aux établissements de mettre en place leurs propres projets d'optimisation, nous

exposons ci-après les résultats obtenus pour chacun des deux centres hospitaliers à l'étude. Nous commençons par une présentation des résultats obtenus liés aux projets *Lean*, projet d'optimisation le plus fréquent au centre hospitalier francophone. Nous présentons par la suite le TCAB, le projet d'optimisation observé au centre hospitalier anglophone.

- Lean

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Du côté du centre hospitalier francophone, la révision du processus de travail des infirmières passe souvent par la mise en place de projets *Lean*. L'objectif de ces projets est d'améliorer le processus de travail et de réduire les coûts en réduisant au minimum les ressources nécessaires tout en assurant un maximum de soins dans un laps de temps donné. Les gestionnaires interrogés ont indiqué que les projets *Lean* ont fait l'objet d'études de temps et mouvements pour identifier les pertes de temps (Gest1, RSSS; Gest4, Gest5, francophone). Ces études de temps et mouvements ont également permis aux gestionnaires de réévaluer la répartition des activités de soins. Ainsi, des activités à faible valeur ajoutée ont été réattribuées aux infirmières auxiliaires et aux préposées aux bénéficiaires.

Deux résultats importants ont été révélés par les études de temps et de mouvements. D'une part, selon les répondants, les infirmières disposaient de très peu de temps pour communiquer avec les préposées aux bénéficiaires. D'autre part, les infirmières consacraient énormément de temps à la tenue de dossiers des patients (Gest1, MSSS). Ces constats ont permis non seulement de revoir l'organisation du travail, mais aussi de faire un tri dans les formulaires à remplir. Comme le secteur de la santé est soumis à d'importantes pressions de contrôle des coûts, les projets *Lean* se traduisent par des plans d'amélioration de la performance.

« Il faut rejoindre ceux qui s'améliorent. Alors, il faut toujours se questionner par rapport à nos activités, comment on peut faire les choses différemment sans toucher à l'excès, sans toucher à la qualité des soins, de façon à ce que ça coûte moins cher. »

(Gest5, francophone; appuyé par Gest4, francophone)

Un plan d'amélioration de la performance mis en place au sein du centre hospitalier francophone consistait à revoir au minimum la structure de postes. Cette structure minimale a permis au centre hospitalier francophone d'adopter une philosophie de gestion en juste-à-temps, de sorte à améliorer la productivité et réduire les coûts de main d'œuvre.

« Ils ont fait du Lean en révisant la structure de postes au minimum. Dans ce minimum-là, mettons qu'il y en a une qui appelle malade, les gestionnaires décident de ne pas la remplacer officiellement. Ils attendent en espérant de ne pas la remplacer du tout. Donc, ils attendent jusqu'à la dernière minute, et ils prennent le risque de ne pas faire les remplacements. »

(Synd2, francophone; appuyé par Synd3 et Synd4, francophone)

Nous constatons que la réalisation de certains projets *Lean* passe par l'adoption d'une philosophie de gestion en juste-à-temps. Cette dernière vise avant tout le respect des budgets plutôt que l'amélioration des processus de travail des infirmières. Un répondant syndical rencontré affirme que l'équipe syndicale locale doit être très active auprès de ses membres pour les informer des avantages et des risques liés aux projets *Lean* ou à tout autre projet d'optimisation (Synd1). Il ajoute que le succès des projets dépend également des conditions de partenariat syndical-patronal au sein de l'établissement.

Les répondants syndicaux ont remarqué que les projets *Lean* ont amélioré l'organisation du travail des professionnelles de la santé dans les établissements qui possèdent deux structures : une pour les projets *Lean* et une autre pour le comité de soins. Ainsi, les parties participent activement aux projets *Lean* sans contourner le comité de soins, paritaire et axé sur la pratique professionnelle et l'organisation du travail. Or, les résultats confirment le rôle clé du comité de soins en matière d'organisation du travail. Ce dernier a une influence directe sur les chances de succès dans l'intégration de nouveaux modes d'organisation du travail à l'échelle locale. En effet, les projets *Lean* introduits sans la collaboration du comité de soins ont généré des résultats plus ou moins satisfaisants du point de vue des infirmières. À l'inverse, les projets *Lean* mis en place via la collaboration du comité de soins ont généré des résultats positifs en matière de qualité de vie des infirmières au travail et sur leur niveau de satisfaction.

Enfin, les gestionnaires du centre hospitalier francophone ont récemment avisé les répondants syndicaux qu'ils cesseraient de recourir à la gestion en juste-à-temps.

« J'espère que c'est vrai, cette semaine on s'est fait dire que le juste-à-temps s'était fini! »

(Synd2, francophone)

Une des solutions envisagées pour remplacer la gestion en juste-à-temps est la création d'équipes volantes. Les équipes volantes en place actuellement ne sont pas « réellement » des équipes volantes, puisqu'elles sont déjà affectées (Synd2, francophone). Ces dernières devraient être mobiles pour répondre aux besoins ponctuels, mais elles ne le sont pas. Une autre solution apportée par les répondants syndicaux pour remédier à la gestion en juste-en-temps consiste à revoir à la hausse les structures de postes. Nous constatons une fois de plus que le contexte de contraintes budgétaires a un impact sur les gestionnaires. Ces derniers doivent

composer avec le juste-à-temps pour organiser le travail avec le moins de ressources possibles et cela agit sur le travail des infirmières.

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Deux répondants syndicaux indiquent ne jamais avoir utilisé des projets *Lean* au sein des établissements du centre hospitalier anglophone (Synd5, Synd6, anglophone).

« Ici c'est anglophone, donc ils se sont inspirés d'autres courants, ils ont plus regardé du côté du National Health System et des États-Unis, puis on a eu des projets tels que le « transforming care at the bedside » communément appelé TCAB. »

(Synd5, anglophone; appuyé par Synd6, anglophone)

Ci-après nous aborderons le projet d'optimisation mis de l'avant au sein du centre hospitalier anglophone, soit le TCAB.

- TCAB

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Aucun des interlocuteurs rencontrés ni aucune publication n'ont fait mention de projets TCAB au sein du centre hospitalier francophone.

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Le *TCAB* vise à optimiser l'organisation du travail des professionnels pour leur permettre de passer plus de temps au chevet de leurs patients (Gest2, anglophone; Synd5, Synd6, anglophone). Tout comme dans le projet *Lean*, le *TCAB* prévoit aussi une réorganisation de l'environnement de travail pour éliminer les pertes de temps.

La première étape du TCAB est de réunir l'ensemble des professionnelles occupant des emplois différents dans chacune des unités. L'objectif de cette réunion est de faire un ménage de l'environnement et de réaménager les espaces de travail.

« Où est-ce qu'on perd du temps? On perd du temps à chercher des feuilles et formulaires classés n'importe où. Ou encore, où se trouve notre matériel, personne ne le sait et ce n'est pas bien identifié. »

(Synd5, anglophone)

Ainsi, la première étape consiste à réorganiser et rendre plus fonctionnels l'aire de travail des professionnelles pour éliminer les pertes de temps. Ensuite, dépendamment des départements et des problèmes vécus, certaines professionnelles étaient libérées pour trouver des solutions à un problème précis. Cette méthode a permis de mobiliser le personnel soignant et de réduire certaines pertes de temps. Nous constatons qu'il n'y a pas eu d'étude de temps et de mouvement visant à minuter des soins donnés aux patients.

« Il n'y a personne qui est venu leur dire telle intervention devrait vous prendre 10 minutes sans plus. »

(Synd6, anglophone)

Nous constatons toutefois que les infirmières ont dû, à certains moments, porter un *Pods* durant leur quart de travail – ce qui représente une forme d'étude de temps et mouvement. Les « *Pods* » sont des instruments qui sonnent à plusieurs reprises pendant le quart de travail des infirmières. Au timbre sonore, les infirmières devaient décrire ce qu'elles faisaient. Les données recueillies ont permis d'identifier où les infirmières perdaient du temps et où elles manquaient de temps pour accomplir leurs tâches. Ainsi, nous constatons que la réorganisation du travail a été réalisée grâce à ces études de temps et mouvements.

« Au bout de la ligne ce qui ressortait un peu, c'est qu'on a réussi à sauver comme 7 minutes par patient, par jour, pis là au bout d'un an ça représente tant de temps de plus qu'on passe de plus auprès de nos patients. »

(Synd5, anglophone; appuyé par Synd6, anglophone)

Malgré les résultats positifs obtenus grâce aux projets TCAB du centre hospitalier anglophone, deux répondants syndicaux interviewés doutent de la viabilité de ces projets. Ils affirment que les budgets sont insuffisants pour soutenir la continuité des projets TCAB. Les projets d'optimisation comme le TCAB sont mis de l'avant par l'équipe de professionnels sur le terrain. Or, si le budget ne permet pas de libérer les professionnelles de la santé pour travailler sur les projets TCAB, il devient pratiquement impossible pour elles de cumuler leur charge de travail en plus de participer à des réunions liées aux projets TCAB (Synd1; Synd5, Synd6, anglophone).

« Je vous dirais que c'est quasiment une farce. Des fois sur l'unité les gens vont dire "Ouin, tout l'argent qu'on a dépensé à libérer les gens pour le TCAB pis c'était la nouvelle affaire qui était supposée nous aider". Aujourd'hui, c'est rendu où, pis on fait quoi? On n'a pas plus de temps auprès des patients. »

(Synd5, anglophone; appuyé par Synd6, anglophone)

Plusieurs professionnelles de la santé ont perdu la foi en ces projets d'optimisation qui, après tant d'années et d'argent dépensé, ne génèrent pas les résultats escomptés. Malgré tous les efforts déployés pour la réalisation de projets TCAB, afin d'améliorer l'efficacité du travail infirmier, les contraintes budgétaires font en sorte que les infirmières ne peuvent plus être libérées de leur charge de travail pour pérenniser ces dits projets. Les contraintes budgétaires permettent encore moins d'ajuster les ratios infirmières-patients. Ainsi, malgré les projets d'optimisation tel que

le TCAB, les infirmières se sentent toujours aussi surchargées et n'arrivent pas à passer plus de temps au chevet des patients pour établir une relation de confiance avec ces derniers.

Éléments de synthèse de comparaison

Les résultats obtenus montrent que les deux centres hospitaliers ont mis de l'avant des projets d'optimisation. Ces projets présentent des similitudes, mais aussi plusieurs différences. Le centre francophone a favorisé les projets *Lean* alors que le centre anglophone a jeté son dévolu sur le *TCAB*. Les projets *Lean* et *TCAB* sont menés différemment, mais partagent un même objectif : éliminer les pertes de temps pour maximiser le rendement. Le *TCAB* vise à revoir l'organisation des soins pour permettre aux soignants de passer plus de temps au chevet des patients. Les projets *Lean*, quant à eux, visent plutôt à optimiser et rendre plus fluides les processus de travail.

Enfin, nous constatons que de part et d'autre, ces projets d'optimisation sont orientés par les préoccupations budgétaires. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle certains projets *Lean* du centre hospitalier francophone s'éloignent de l'objectif en révisant la structure de poste au minimum plutôt que d'optimiser les processus de travail du personnel soignant. Il en va de même pour le centre hospitalier anglophone : malgré les résultats positifs des projets *TCAB*, le centre n'a plus les moyens de pérenniser ces projets en raison des restrictions budgétaires.

c) Effets de l'organisation du travail

Les changements organisationnels dans le secteur de la santé ont des répercussions sur le travail infirmier. La majorité des interlocuteurs s'entendent pour dire qu'en plus des changements organisationnels, le contexte particulier du secteur de la santé a des effets sur le travail des infirmières. Considérant les contraintes budgétaires et la demande grandissante en matière de demande de services, il

devient difficile de concilier les budgets et les besoins. Or, les effets ressentis sont différents d'un établissement à un autre, et d'un département à un autre (Synd2, francophone). Toutefois, en comparant le centre hospitalier francophone au centre hospitalier anglophone, nous constatons qu'un des effets communs lié à ces éléments est l'intensification du travail infirmier (Synd1; Synd2, Synd3, Synd4, francophone; Synd5, Synd6, anglophone; Gest1, RSSS). Nous remarquons aussi une insatisfaction globale des infirmières des deux établissements, mais pour des raisons différentes.

- Intensification du travail / Surcharge (Fardeau de la tâche)

Plusieurs infirmières ont témoigné que la surcharge de travail et l'intensification de leur travail les ont contraintes à travailler pendant leurs pauses et leurs périodes de diner.

« Souvent les ressources n'ont pas été ajustées en conséquence et là cette professionnelle se retrouve avec une charge de travail qui est supplémentaire et qui n'est pas en mesure nécessairement de répondre aux besoins dans les délais qui auraient été souhaitables. »

(Synd1)

L'intensification du travail des infirmières est également une source d'insatisfaction et d'instabilité des équipes de travail. Nous constatons que l'intensification du travail affecte également les patients en raison du nombre grandissant d'accidents de travail et d'erreurs liés à la médication. Nous présentons ci-dessous chacun de ces effets susmentionnés.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Premièrement, deux questionnaires nous expliquent qu'il existe des objectifs liés à la durée des séjours hospitaliers (Gest4, Gest5, francophone). Avec

l'implantation de projets *Lean*, certaines tâches ont été supprimées pour rendre les processus de travail plus fluides afin de diminuer les temps de séjour des patients (Synd1, FIQ; Gest4, Gest5, francophone). Cela a eu pour effet d'intensifier la charge de travail des infirmières et, par le fait même, provoqué une intensification du rythme de travail.

Les infirmières se sentent de plus en plus pressées par le temps (Synd2, francophone). Cette accélération du rythme de travail s'inscrit dans une certaine logique de contrôle des coûts. D'après les entretiens que nous avons réalisés au sein du centre hospitalier francophone, la surcharge de travail chez les infirmières s'expliquerait aussi par une pénurie d'infirmières. Les acteurs syndicaux du centre hospitalier francophone, pour leur part, nous ont indiqué que la surcharge de travail des infirmières relève en partie d'un problème de recrutement et de rétention des infirmières (Synd1, FIQ; Synd2, Synd3, Synd4, francophone).

Tel que mentionné précédemment, le centre hospitalier francophone a une philosophie de gestion en juste-à-temps : cela tend à précariser les conditions de travail des infirmières. La gestion en juste-à-temps est source de frustration chez les infirmières appelées à travailler pendant leurs journées de congé. Il en va de même pour celles qui doivent travailler des heures supplémentaires après leur quart de travail pour répondre à des besoins ponctuels. Ces facteurs sont la cause du haut taux de roulement du personnel infirmier au sein du centre hospitalier francophone. Enfin, la combinaison du haut taux de roulement et de la pénurie d'infirmières vient surcharger le travail des infirmières déjà en poste.

« La pénurie amène une surcharge qui fait que les gens finissent par vivre un peu une détresse et finissent par soit quitter la profession ou travailler à temps partiel, ce qui contribue encore davantage à la pénurie. »

(Synd1)

Cet extrait montre qu'un cercle vicieux a été créé : la pénurie empêche la mise en place de mesures incitatives et de rétention tout en accentuant la surcharge. Résultat : les infirmières finissent par quitter le réseau, ou encore, par s'absenter pour cause de maladie ou d'invalidité. Trois répondants syndicaux ont observé un haut roulement de personnel, en plus de départs imprévus de certaines infirmières expérimentées ainsi que de départs de jeunes infirmières après cinq ans de pratique (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). D'autres infirmières, plutôt que de quitter la profession, préfèrent travailler à temps partiel pour mieux concilier travail et vie personnelle.

Sans mesures incitatives pour retenir les infirmières, plusieurs partent à la retraite, prennent un congé de maladie ou démissionnent pour travailler ailleurs (Synd2, francophone). Le haut taux de roulement de personnel occasionne un manque de stabilité dans les équipes de travail, cause de surcharge de travail. Il augmente également les tensions entre les employées, qui doivent s'habituer à travailler ensemble (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Cette instabilité des équipes de travail a des effets néfastes sur le personnel infirmier en plus d'insécuriser les patients, traités par plusieurs infirmières durant leur séjour à l'hôpital (Synd1).

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Deux répondants syndicaux du centre hospitalier anglophone expliquent que le sentiment de surcharge des infirmières est causé par les ratios infirmières-patients, inchangés depuis au moins une vingtaine d'années (Synd5, Synd6, anglophone). Les patients hospitalisés aujourd'hui sont pourtant des cas beaucoup plus lourds qu'il y a vingt ans (Synd5, Synd6, Gest2, anglophone). En plus de ce facteur, le nombre de formulaires à remplir et de normes professionnelles à respecter est plus élevé qu'à l'époque. Voici un extrait qui témoigne de la surcharge de travail occasionné par le nombre de formulaires à remplir.

« Je vais prendre vos signes vitaux, je vais les écrire sur un petit papier, faire les six, sept, huit patients que j'ai, j'écris tout ça avec leur nom et après je dois revenir prendre chacun de leur dossier et l'écrire. Il y a de plus en plus de normes, de plus en plus d'outils. Il faut que tu évalues les plaies, les intolérances ou les allergies, il faut que tu remplisses un autre formulaire, alors « name it » on en a plein. »

(Gest1, RSSS)

Ce même gestionnaire mentionne que les infirmières, en raison de l'intensification du travail, sont parfois privées de leurs pauses et disposent de moins de temps pour leurs repas. Enfin, elles doivent parfois travailler des heures supplémentaires pour ajouter leurs notes aux dossiers (Gest1, RSSS).

« Avec tout ça, j'arrive à la maison pis j'ai l'impression qu'il y a pleins de choses que je n'ai pas eu le temps de faire que dans le fond j'aurais dû faire pour mon patient. »

(Synd5, anglophone)

Les ratios inchangés, l'ajout de nouvelles normes professionnelles et les compressions budgétaires contribuent à la surcharge de travail et à l'essoufflement des infirmières. Suivant un répondant, on assisterait actuellement à une hausse des congés de maladies et d'invalidité chez les infirmières (Synd6, anglophone).

- Insatisfaction des infirmières

Quelques interlocuteurs syndicaux que nous avons rencontrés affirment que l'insatisfaction au travail des infirmières est causée par deux facteurs : le manque de temps dont elles bénéficient pour accomplir leur travail ainsi que l'organisation du travail.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Les interlocuteurs syndicaux du centre hospitalier francophone indiquent que les infirmières n'ont plus l'impression de soigner des patients, mais plutôt de jouer un rôle administratif (Synd2, Synd3, Synd4, francophone).

« L'infirmière est insatisfaite du fait qu'elle n'est plus auprès des patients, puisqu'on lui demande de faire les feuilles, les PTI, beaucoup de paperasse qu'elle doit gérer pour son titre. On l'a enlevé du plancher, près du patient ce qui nourrit l'infirmière. Elle est insatisfaite, la charge est longue, elle est insatisfaite du travail qu'elle fournit. »

(Synd2, francophone; appuyé par Synd3, Synd4, francophone)

La mise en place de projets d'optimisation *Lean* au sein du centre hospitalier francophone a diminué la portée de valeurs propres aux sciences infirmières : le « *caring* » et le « *nursing* » (Synd2, francophone). Ces valeurs favorisent l'écoute des patients et la transmission d'informations liées à leur diagnostic et aux traitements qui s'ensuivent. Un répondant syndical a indiqué que ces tâches ont perdu leur valeur ajoutée dans les hôpitaux (Synd2, francophone).

Trois répondants syndicaux du centre hospitalier francophone voient d'un mauvais œil le travail en dyade : selon eux, ce type d'organisation crée une chaîne de montage entre les infirmières et les infirmières auxiliaires (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Avant l'intégration des infirmières auxiliaires dans les unités de soins, les infirmières bénéficiaient d'une plus grande autonomie, étant responsables de tout le cheminement du patient. Aujourd'hui, le travail en dyade réduit les contacts entre les infirmières et les patients. En effet, elles jouent davantage un rôle de coordination et de gestion de l'équipe de soins. Cela provoque un mécontentement chez plusieurs infirmières, pour qui le sentiment du devoir accompli est souvent atteint lorsqu'elles sont auprès des patients pour leur prodiguer des soins.

« On morcèle les soins de plus en plus, là tu as l'infirmière qui est responsable de tout le monde, tu as l'infirmière auxiliaire qui fait un bout, tu as le physiothérapeute qui vient faire son bout, tu as la diététiste qui vient faire son bout, tout le monde fait son petit morceau, mais la responsabilité 24 heures sur 24 revient à l'infirmière. On ne me convaincra jamais qu'on augmente l'efficacité en faisant ça. »

(Synd4, francophone)

Outre les nouvelles tâches des infirmières liées au rôle de gestion de l'équipe de travail, elles doivent aujourd'hui remplir davantage de formulaires et se plier à plus de normes professionnelles. Ces éléments font qu'elles passent moins de temps auprès des patients.

« C'est que dans l'histoire, il y a eu des incidents, il y a eu des poursuites. Pour remédier à ces incidents, l'Ordre invente des feuilles pour documenter le travail des infirmières, pour laisser des traces des soins donnés aux patients. On a judiciarisé les soins. »

(Synd2, francophone; appuyé par Synd3 et Synd4, francophone)

Nous constatons que le travail infirmier est également encadré par un cadre juridique rigoureux. Chaque nouvel incident donne place à de nouvelles procédures et de normes professionnelles. Selon nos interlocuteurs, l'ajout de ces nouvelles procédures n'a pas enrayé les incidents. Il occasionne toutefois du travail supplémentaire aux infirmières, qui en plus d'être surchargées, passent moins de temps auprès des patients.

Autre constat, l'imprévisibilité lié au mode de gestion en juste-à-temps préoccupe les jeunes infirmières : elles sont insatisfaites de ne pas pouvoir concilier leur travail et leur vie personnelle. Les infirmières d'expérience, quant à elles, sont insatisfaites de ce type de gestion en raison de l'épuisement généré par l'intensification du travail (Synd1, FIQ; Synd2, francophone).

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Tel qu'indiqué précédemment, les infirmières du centre hospitalier anglophone expriment un sentiment d'insatisfaction lié à leur charge de travail. D'après les interlocuteurs syndicaux rencontrés, cette surcharge s'explique par les ratios demeurés inchangés et par l'évolution de la pratique infirmière (Synd5, Synd6, anglophone). Nous constatons que le sentiment d'insatisfaction des infirmières s'est intensifié au gré des compressions budgétaires, car les budgets établis ne permettent pas d'ajuster les ratios infirmières-patients. Depuis, la charge de travail s'intensifie et une recrudescence du nombre d'absences pour maladie et invalidité a été observée (Synd6, anglophone). Un cercle vicieux est créé : les infirmières présentes sur l'unité doivent compenser pour celles qui s'absentent pour raison de maladie (Synd5, Synd6, anglophone).

« La pratique a beaucoup changé, plus de choses à remplir, papiers, des protocoles. On se dit toujours, on en ajoute, mais on n'en enlève pas. Elles sont fatiguées, et arrivent chez elles en se demandant « j'ai tu fais-ci? J'ai tu-fais ça? » Alors elles rappellent sur l'unité « peux-tu vérifier si j'ai fait-ci, si j'ai-ça? Est-ce que j'ai signé ci et ça? » Alors, il faut réviser les ratios. »

(Synd4, anglophone)

Cet extrait indique les raisons qui semblent alourdir le travail des infirmières du centre hospitalier anglophone et créer chez elles une insatisfaction professionnelle.

Les infirmières ne sont toutefois pas entièrement insatisfaites lorsqu'elles comparent leurs conditions à celles d'infirmières travaillant dans d'autres établissements de la santé (Synd5, anglophone). En effet, les conditions de travail des établissements du centre hospitalier anglophone ne sont pas offertes dans les autres établissements du secteur de la santé. Par exemple, comme nous le verrons dans la section 4.3, grâce à l'autogestion de leur horaire, les infirmières des centres anglophones peuvent organiser leur temps afin de mieux concilier le travail et la

famille. Cette flexibilité est une mesure incitative qui favorise la rétention du personnel et qui contribue à la satisfaction du personnel soignant (Synd5, anglophone).

Éléments de synthèse de comparaison

Plusieurs similitudes et distinctions entre les deux centres ont fait surface à la suite des entretiens réalisés concernant les effets de l'organisation du travail.

D'abord, un point commun au sein des deux centres hospitaliers à l'étude est la surcharge de travail éprouvée par les infirmières, ainsi que l'accélération du rythme de travail. Dans les deux établissements, les interlocuteurs indiquent que les infirmières n'ont souvent plus le temps de profiter de leurs pauses ou de leur temps de repas. Cette surcharge de travail n'est pas vécue de la même façon par les infirmières du centre hospitalier francophone et celles du centre hospitalier anglophone.

Du côté francophone, cette surcharge s'explique par un manque de conditions incitatives et par une faible rétention de la main d'œuvre – causes principales du haut taux de roulement chez les infirmières. Certaines infirmières du centre hospitalier francophone quittent leur emploi en raison de l'imprévisibilité liée à la gestion en juste-à-temps et de la surcharge de leur travail. Cela occasionne de l'instabilité au sein des équipes de travail ainsi qu'un sentiment d'insécurité chez les patients.

Du côté anglophone, la surcharge de travail est causée deux facteurs : les ratios infirmières-patients qui n'ont pas changé au fil des ans et les nouvelles normes professionnelles liées à l'évolution de la pratique infirmière. Contrairement au centre hospitalier francophone, le centre hospitalier anglophone offre des conditions incitatives alléchantes (valorisation du rôle de l'infirmière; pratique infirmière autonome; peu de TSO; auto-gestion des horaires de travail; meilleur contrôle sur le temps au travail et sur le temps personnel) jouit d'un excellent taux de rétention du personnel : malgré la hausse des absences liées à la maladie et à l'invalidité, les équipes de travail demeurent stables.

Un autre constat révélé lors de nos entretiens est l'insatisfaction des infirmières liée à la surcharge de travail. Notons que l'insatisfaction des infirmières du centre hospitalier francophone ne se manifeste pas de la même façon que pour les infirmières du centre hospitalier anglophone.

L'insatisfaction des infirmières du centre hospitalier francophone relève de l'implantation de projets *Lean* et du travail organisé en dyade. Les projets *Lean* ont pour effet d'estomper certaines valeurs propres aux soins infirmiers : le « *caring* » et le « *nursing* ». Le travail en dyade, quant à lui, confère aux infirmières un rôle de coordination des soins. Elles délèguent maintenant certaines tâches aux infirmières auxiliaires, doivent remplir plusieurs formulaires tous les jours et se plient à de nouvelles normes professionnelle. Avant l'arrivée massive des infirmières auxiliaires, les infirmières jouissaient d'une pratique plus autonome. En conséquence, certaines infirmières finissent parfois par quitter leur emploi, car elles sont moins satisfaites de leurs conditions de travail et de la nature de leur travail qui consiste maintenant à coordonner des soins plutôt que d'être auprès des patients pour les soigner.

Dans le centre anglophone, le travail en dyade en est à ses premiers pas et les infirmières bénéficient encore aujourd'hui d'une pratique autonome. Cela contribue grandement à leur satisfaction professionnelle. Toutefois, la stagnation des ratios infirmières-patients génère chez elles un sentiment d'insatisfaction causé par l'intensification de leurs activités.

Un point commun aux centres hospitaliers francophone et anglophone est l'augmentation du sentiment d'insatisfaction en raison de la hausse de formulaires et de documentation à remplir. Non seulement le travail des infirmières est-il alourdi par cette tâche, mais cela les empêche de passer plus de temps auprès des patients – principale source d'accomplissement professionnel pour plusieurs infirmières.

Les résultats de la variable indépendante étant maintenant exposés, passons aux résultats de la variable modératrice, *l'aménagement des temps de travail*.

4.3 Aménagement des temps de travail (VM)

L'étude de la variable modératrice, *aménagement des temps de travail*, a été réalisée à l'aide d'indicateurs et d'informations que nous avons codifiées. Pour mieux organiser les informations obtenues concernant l'aménagement des temps de travail, nous avons créé deux codes : (a) les horaires de travail, puis (b) la disponibilité et le travail sur appel. Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus après analyse des verbatim et des sources secondaires.

4.3.1 Règles négociées concernant l'aménagement des temps de travail

a) Horaires de travail

Précisons d'abord que les horaires de travail des infirmières, responsabilité des gestionnaires, diffèrent d'un établissement à un autre, voire même d'une unité de soins à une autre, et ce, en fonction des besoins. Tous les éléments liés aux horaires de travail, aux heures et à la semaine de travail relèvent des matières négociées par les parties au palier local. La semaine régulière est prévue dans les ententes locales : à l'article 12.01 pour le centre hospitalier anglophone et à l'article 9.01 pour le centre hospitalier francophone. Nous présentons ci-après un extrait de chacun des deux articles de loi.

- Article 12.01 - Semaine régulière (centre hospitalier anglophone)

Les salariées visées par la présente convention collective de travail ont une semaine de travail de trente-cinq (35) heures ou de trente-six heures et quart (36 ¼) réparties en cinq (5) jours de sept (7) heures ou de sept heures et quart (7 ¼) de travail.

- Article 9.01 - Semaine régulière (centre hospitalier francophone)

Pour un poste d'un centre d'activités où les services sont dispensés vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine ou sur deux (2) quarts différents continus, le salarié a une semaine de travail de trente-sept heures et demie (37.50) réparties entre les journées travaillées, mais divisées en un maximum de cinq (5) jours de sept (7) heures et demie (7.50) de travail.

Ces articles indiquent le nombre d'heures de travail hebdomadaire auquel les infirmières sont assujetties dans les deux centres hospitaliers à l'étude. Il revient ensuite aux gestionnaires d'établir les horaires des différents quarts de travail – postes de jour, de soir ou de nuit ; quarts de travail stables ou sur rotation. Au moyen d'ententes locales, les parties peuvent convenir de toute autre forme d'aménagement du temps de travail pour répartir les heures de travail hebdomadaires. Malgré cette possibilité, nous constatons que les syndicats ont du mal à entrer en négociation avec les employeurs à ce sujet (Synd2, francophone). Entamons sans plus tarder la présentation des résultats liés à la confection des horaires de travail dans chacun des deux centres hospitaliers.

- Confection des horaires

Règles communes aux deux centres hospitaliers

À la lumière des entretiens que nous avons réalisés, nous avons appris que les décisions liées à la gestion des horaires a été décentralisée au fil des ans. Il y a une vingtaine d'années, tant dans le milieu francophone qu'anglophone, les horaires de travail des unités de soins étaient gérés par des commis aux horaires du bureau central de soins infirmiers. Avec les années, la gestion des horaires de travail s'est

décentralisée et il revenait aux unités de soins de gérer les horaires de travail de leur personnel soignant.

Résultats du centre hospitalier francophone

Deux gestionnaires du centre hospitalier francophone indiquent que la pénurie d'infirmières des années 2000 a généré des changements liés à l'aménagement des temps de travail pour offrir des conditions de travail plus attrayantes aux infirmières.

Au cours de cette période, la gestion des horaires de travail a été décentralisée au niveau des unités de soins pour permettre une autogestion des horaires (Gest4, Gest5, francophone). Aujourd'hui, nous assistons à un retour vers la gestion centralisée des horaires pour limiter les surplus de main d'œuvre, et surtout pour s'adapter au contexte budgétaire actuel (Gest4, Gest5, francophone).

La confection des horaires centralisée est assurée par des commis aux horaires qui s'occupent de gérer les horaires de travail du personnel infirmier de différentes unités de soins (Gest4, Gest5, francophone). Les commis créent les horaires à partir d'un système informatisé, le logiciel *Logibec*, en fonction des besoins et des préférences des salariés. Un des répondants syndicaux nous indique que 80% des horaires de travail sont prévus à l'avance. En d'autres mots, seul 80% de la main d'œuvre a un horaire prévisible (Synd2, francophone).

Le reste du temps, les horaires sont établis en fonction de la gestion en juste-à-temps. Ces horaires sont imprévisibles et forcent les infirmières à être disponibles sur appel (Synd2, francophone). L'horaire typique d'une infirmière à temps complet implique une fin de semaine sur deux de travail et de trois à quatre jours de congé intercalés sur une période de deux semaines (Synd2, synd3, synd4, francophone). Selon l'article 9.05 de l'entente locale, l'infirmière devrait bénéficier de deux jours de congé complets consécutifs par semaine, si possible. Une fois les horaires de travail établis, les infirmières-chefs de chacune des unités de soins doivent les approuver et

les afficher dans les unités (Gest1, MSSS). Selon l'article 9.10 de la convention collective locale, l'affichage des horaires de travail doit se faire au moins sept jours à l'avance et couvrir une période d'au moins quatre semaines.

Trois acteurs syndicaux du milieu francophone interviewés déplorent la centralisation de la gestion des horaires de travail. Selon eux, cette dernière entraîne une perte de contrôle des horaires de travail des infirmières et, par conséquent, une perte de contrôle sur leur vie privée.

« Quand tu enlèves la gestion des horaires sur l'unité de soins, tu deviens un numéro pis tu ne sais pas quand tu vas avoir tes congés pis toutes, on vient envahir ta vie privée. »

(Synd2, francophone; appuyé par Synd3, Synd4, francophone)

D'après ces acteurs syndicaux, l'autogestion des horaires de travail sera une des priorités lors de la prochaine négociation liée à la convention collective nationale (Synd2, Synd3, Synd4, francophone).

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Du côté du centre hospitalier anglophone, la gestion des horaires relève des infirmières, qui ont la latitude de créer leur propre horaire au sein de leur unité de soins. L'autogestion des horaires de travail est faite à partir d'une grille-horaire vierge qui sort un mois avant que l'horaire ne soit effectif. Les infirmières créent leur horaire en inscrivant leur nom dans les espaces libres, tout en respectant les indications prévues dans les dispositions locales. Ensuite, les infirmières-chefs de chacune des unités de soins récupèrent les grilles horaires et s'assurent que le tout est conforme. D'autres établissements du centre hospitalier anglophone établissent les horaires à partir d'un livre de *"requests"*. Les infirmières y indiquent leurs demandes avant la création des horaires par les infirmières-chefs.

« Tu indiques en rouge les journées que tu as besoin d'avoir congé ou prendre un férié, en vert, les journées que tu aimerais avoir congé, si possible. Chacun a un petit peu sa méthode pour fabriquer les horaires, mais je vous dirais que la mentalité est vraiment d'essayer de répondre à la demande pour conciliation travail/famille dans la mesure du possible. Je vous dirais qu'ici, c'est pas mal une pratique. »

(Synd6, anglophone; appuyé par Synd5, anglophone)

À titre d'exemple, voici à quoi ressemble l'horaire typique des infirmières qui occupent un emploi à temps complet : deux jours de travail, suivi de deux jours de congé. Puis, une fin de semaine sur deux, elles travaillent trois jours (vendredi, samedi et dimanche) suivi de deux jours de congé consécutifs (synd5, synd6, anglophone). Certains établissements du centre hospitalier anglophone tentent d'attirer des infirmières en leur proposant de travailler une fin de semaine sur trois au lieu d'une fin de semaine sur deux (Gest3, anglophone). Enfin, conformément à l'article 12.10 de la convention collective locale, les horaires doivent être affichés au moins deux semaines à l'avance et couvrir une période d'au moins six semaines.

Selon deux interlocuteurs syndicaux, les conditions actuellement pourraient changer : l'employeur souhaiterait centraliser la confection des horaires en intégrant un système informatisé avec des horaires prédéfinis. Ceci dit, l'autogestion des horaires est un champ de bataille que les syndicats tenteront de préserver lors des prochaines négociations (Synd5, Synd6, anglophone).

« On le sait que dans le réseau anglophone la plus grande satisfaction qu'elles ont c'est d'avoir du contrôle sur leur horaire de travail, mais dans le réseau francophone, ils n'ont pas compris ça parce qu'ils gèrent les horaires de travail par Logibec qui gère un trou, une cheville. »

(Synd2, francophone)

Les acteurs syndicaux du centre hospitalier anglophone nous indiquent que l'employeur souhaite implanter le système informatisé pour la raison suivante : malgré le bon fonctionnement de l'autogestion des horaires, les chefs de service disent passer énormément de temps à faire balancer les horaires (Synd5, Synd6, anglophone). Les syndicats ne sont toutefois pas prêts à céder sur ce point. Il s'agit d'une source de satisfaction, et d'une mesure incitative et de rétention auprès de la main d'œuvre. Parmi les autres hôpitaux du centre hospitalier anglophone, un seul a réussi à centraliser la gestion des horaires du personnel. Le système informatisé de cet hôpital crée les horaires en fonction des budgets des gestionnaires (Gest3, Anglophone). Le centre hospitalier anglophone souhaite maintenant implanter ce système de gestion des horaires de travail dans ses autres établissements, et ce, pour stabiliser les horaires et les jours de congé.

Passons maintenant aux derniers indicateurs analysés au sujet des horaires de travail : *les horaires flexibles, les quarts de travail et la rotation des quarts de travail.*

- Horaires flexibles

Règles communes aux deux centres hospitaliers

Selon les intervenants que nous avons rencontrés, à moins d'exceptions, de jours fériés ou de demandes de congés, les horaires de travail des infirmières sont stables et réguliers (Gest3, anglophone; Gest4, Gest5, francophone; Synd5, Synd6, anglophone). Malgré la stabilité des horaires, il n'est pas impossible qu'il y ait des changements. L'article 9.11 de l'entente locale du centre hospitalier francophone et l'article 12.11 de l'entente locale du centre hospitalier anglophone stipulent que l'employeur peut modifier les horaires avec un préavis d'au moins sept jours. La principale différence entre les deux centres hospitaliers réside au niveau de la flexibilité des horaires de travail.

Résultats du centre hospitalier francophone

Comme la création des horaires de travail est gérée par un système informatisé, il est difficile pour les infirmières d'exprimer leurs besoins et d'indiquer leurs disponibilités (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Ainsi, elles bénéficient de peu de flexibilité en matière de conciliation horaire de travail et vie personnelle (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Un gestionnaire que nous avons rencontré est d'accord avec les syndicats à l'effet que les infirmières du centre hospitalier francophone ont moins de flexibilité pour organiser leur horaire de travail et pour demander des congés ou des fériés. Deux autres gestionnaires sont d'avis contraire et croient que les horaires de travail sont suffisamment flexibles : en cas de besoin, les infirmières peuvent échanger entre elles leurs quarts de travail (Gest4, Gest5, francophone). Enfin, les opinions sont variables parmi les interlocuteurs du centre hospitalier francophone en matière de flexibilité des horaires de travail.

Résultats du centre hospitalier anglophone

Du côté du centre hospitalier anglophone, la gestion des horaires de travail semble plutôt flexible. Tel que mentionné précédemment, au sein du centre anglophone, la création des horaires de travail est réalisé par les infirmières, directement sur leur unité de soins. Ces dernières peuvent prévoir et organiser leur horaire en fonction de leurs obligations personnelles. Cette méthode assure plus de flexibilité aux infirmières, ce qui leur offre une meilleure conciliation travail et vie personnelle (Synd5, Synd6, anglophone).

- Quarts de travail de 8 heures ou de 12 heures

Règles communes aux deux centres hospitaliers

Dans la convention collective nationale, l'annexe 8 indique qu'il est possible de négocier localement un horaire de quatre jours. Cette option permet aux infirmières

de bénéficier d'un horaire réduit. Autrement, les règles concernant les horaires de travail – excepté celles liées à la rémunération – se trouvent dans les ententes locales respectives des établissements ou centres hospitaliers. Pour le centre hospitalier francophone, les matières liées à l'aménagement des heures de travail et de la semaine de travail sont prévues à l'article 9 de l'entente locale. Du côté anglophone, les matières concernant les heures et la semaine de travail se trouvent à l'article 12 de l'entente locale.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Deux gestionnaires du centre hospitalier francophone affirment que près de 90% des infirmières font des quarts de huit heures, alors que près de 10% ont des horaires de travail comprimés (Gest4, Gest5, francophone). Selon l'entente locale, un horaire comprimé se définit comme suit : une augmentation du nombre d'heures travaillées par jour et une diminution du nombre de jours travaillés par semaine. Les gestionnaires ont indiqué que les infirmières de certains départements préfèrent les quarts de travail de douze heures, notamment aux soins intensifs et à l'urgence (Gest4, Gest5, francophone).

« Alors celles qui adhèrent à un horaire comprimé, elles peuvent travailler six quarts de douze heures, et un quart de huit heures, donc au lieu d'être présente au travail dix jours, elle sera présente que 7 jours par quinzaine. Ainsi, elle aura trois jours de plus à la maison. »

(Synd2, Synd3, Synd4, francophone)

En optant pour des quarts de douze heures, les infirmières allongent leurs journées de travail, mais bénéficient de plus de journées de congé.

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Malgré ce qui est prévu à l'article 12.01 de l'entente locale, nous constatons que la majorité des infirmières ont un horaire de travail comprimé.

Article 12 : Heures et semaine de travail

12.01 Semaine régulière

Les salariées visées par la présente convention collective de travail ont une semaine de travail de trente-cinq (35) heures ou de trente-six heures et quart (36 ¼) réparties en cinq (5) jours de sept (7) heures ou de sept heures et quart (7 ¼) de travail.

12.12 Réaménagement de l'horaire

[...] Les parties peuvent convenir de toute autre forme d'aménagement du temps de travail.

Tel que prévu à l'annexe 1 des dispositions locales, les infirmières qui ont un horaire de travail comprimé bénéficient de plusieurs possibilités en matière d'aménagement des temps de travail.

Annexe 1 - Horaire comprimé

[...] Diminution du nombre de jours travaillés par semaine, tout en totalisant soixante-douze heures et demie (72 ½) ou soixante-dix heures (70) par période de quatorze (14) jours calendrier.

En règle générale, la plupart des infirmières travaillent six journées de douze heures et une journée de huit heures par période de quatorze jours (Synd5, Synd6, anglophone). Celles qui occupent un poste à temps complet travaillent normalement sept jours par quinzaine (Synd5, Synd6, anglophone).

Un des hôpitaux du centre hospitalier anglophone fonctionne tout à fait différemment dans l'organisation des horaires de travail. L'hôpital en question faisait autrefois partie d'un centre de santé et de services sociaux francophone. Dans cet établissement, la majorité des postes sont constitués de quarts de travail stables de huit heures par jour (Synd5, Synd6, anglophone).

- Fonctionnement des quarts de travail sur rotation

Règles communes aux deux centres hospitaliers

Une autre réflexion ressortie de nos entretiens porte sur la rotation des quarts de travail. Comme les hôpitaux offrent des services essentiels, la majorité des unités de soins sont ouvertes tous les jours, 24 heures sur 24. Il revient aux parties de décider, par ententes locales, d'établir un système basé sur des quarts de travail fixes ou sur rotation.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

Au centre hospitalier francophone, nous constatons que les postes sont fixes et que très peu de postes sont offerts sur rotation. Trois gestionnaires interviewés nous ont indiqué que les gestionnaires du centre hospitalier francophone aimeraient créer des postes sur rotation afin d'équilibrer les équipes des différents quarts de travail. Toutefois, le syndicat s'oppose à cette mesure (Gest1, RSSS; Gest4, Gest5, francophone).

« Le syndicat ne veut pas. L'idée c'est un peu dire, vous êtes infirmières depuis seize ans, vous avez passé dix ans de nuit, quatre ans de soir et vous êtes maintenant de jour. Si je vous mets de la rotation, vous allez être obligé de refaire soit des soirs, soit des nuits, alors vous dites "j'ai donné, je ne veux pas passer par là". Alors, quand tu discutes avec le syndicat, d'accord pour celles qui sont expérimentées, mais pour toutes

les nouvelles, on va les embaucher sur de la rotation. Un moment donné il le faisait pis là, ils ont trop peur qu'on change complètement sur la rotation. »

(Gest1, RSSS)

Les jeunes infirmières doivent souvent commencer par occuper un poste de soir ou de nuit avant d'avoir cumulé suffisamment d'ancienneté pour accéder aux postes de jour. Ainsi, les infirmières qui travaillent de jour ont plus d'ancienneté et d'expérience que celles qui travaillent de soir et de nuit.

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Du côté anglophone, la majorité des postes sont sur rotation. Un interlocuteur syndical nous a expliqué que la convention collective empêchait l'employeur d'imposer la rotation sur trois quarts de travail (jour, soir, nuit). Il est toutefois possible pour les salariées d'en faire la demande (Synd5, anglophone). Comme la majorité des infirmières du centre hospitalier anglophone effectuent des quarts de travail de douze heures à des postes sur rotation : elles travaillent soit de jour, de 7h30 à 19h30, ou de nuit, de 19h30 à 7h30 (Synd5, Synd6, anglophone). Un des gestionnaires croit que le centre hospitalier anglophone est avantagé par rapport au centre francophone parce que la rotation des quarts de travail est en place depuis longtemps.

« Si on ne fait pas de rotation, ça fait en sorte que les infirmières d'expérience travaillent de jour, celles avec moyennement d'expérience de soir et les infirmières qui détiennent le moins d'expérience de nuit. Donc, il y a un danger, puisqu'il y a beaucoup moins d'encadrement de nuit, étant donné que les infirmières d'expérience travaillent de jour. Alors, les hôpitaux anglophones ont un avantage là-dessus, la rotation est installée depuis plus longtemps. »

(Gest1, RSSS)

Nous en concluons que la rotation des quarts de travail favorise un équilibre au sein des équipes de travail et qu'elle permet une meilleure répartition au niveau de l'expérience des infirmières.

Éléments de synthèse et de comparaison

Après avoir analysé les verbatim, nous constatons plusieurs divergences entre le centre hospitalier francophone et le centre hospitalier anglophone sur le plan des horaires de travail. D'abord, les horaires de travail sont réalisés différemment dans les deux centres. Parce qu'elles prennent connaissance de leurs horaires deux semaines à l'avance, les infirmières du centre hospitalier anglophone bénéficient d'un peu plus de stabilité que les infirmières du centre hospitalier francophone, qui elles, en prennent connaissance sept jours à l'avance. De plus, les horaires de travail des infirmières du centre anglophone sont prévus pour six semaines, alors qu'ils sont prévus pour quatre semaines dans le cas des infirmières du centre hospitalier francophone. Une autre différence concerne les systèmes de gestion des horaires des centres à l'étude : au sein du centre anglophone, la gestion des horaires est décentralisée et assurée depuis les unités de soins ; du côté francophone, elle est gérée par des commis aux horaires (Synd2, francophone).

Sachant cela, les répondants syndicaux du centre hospitalier francophone auront pour objectif d'implanter l'autogestion des horaires de travail lors de la prochaine négociation collective. Du côté anglophone, les syndicats tenteront de préserver ce mode de gestion, alors que les employeurs cherchent plutôt à centraliser à nouveau la gestion des horaires de travail.

Le deuxième constat tiré des entretiens que nous avons réalisés est le suivant : l'horaire comprimé est très présent chez les infirmières du centre hospitalier anglophone et peu fréquent chez les infirmières du centre hospitalier francophone. La majorité des infirmières du centre hospitalier francophone travaillent des quarts de travail de huit heures. Au centre hospitalier anglophone, la plupart des infirmières

préfèrent travailler des quarts de travail de douze heures pour bénéficier de plus de journées de congé. Ces dernières favorisent les quarts de douze heures pour une autre raison : les gestionnaires ne peuvent leur demander de faire de temps supplémentaire après douze heures de travail. Du côté du centre hospitalier francophone, la majorité des infirmières travaillent des quarts de travail de huit heures. Ainsi, les gestionnaires en manque d'effectifs peuvent exiger que les infirmières restent pour un autre quart de travail de huit heures. Dans cette situation, elles travailleraient seize heures d'affilées.

Les pratiques des deux centres hospitaliers divergent également sur le plan de la rotation des postes : ce type d'organisation est offert uniquement au sein du centre hospitalier anglophone, et ce, depuis plusieurs années. Les syndicats du centre hospitalier francophone sont réticents à l'implantation de postes sur rotation. Les infirmières du centre francophone doivent cumuler plusieurs années d'ancienneté avant de pouvoir occuper un poste de jour. Pour préserver les conditions de travail acquises par les infirmières d'expérience au fil des ans, les syndicats expriment une certaine réticence quant à la mise en place de postes sur rotation.

Passons maintenant à la section suivante au sujet de la disponibilité des infirmières.

B) Disponibilité / travail sur appel

Nous avons abordé précédemment les horaires de travail des infirmières pour mieux comprendre l'aménagement des temps de travail au sein des centres hospitaliers à l'étude. Or, compte tenu de la nature de leur métier et de certains imprévus ou surcroits de travail, les infirmières, sont parfois appelées à travailler des heures supplémentaires ou à se rendre disponibles au-delà de leur horaire de travail. Par disponibilité, nous entendons la période pendant laquelle une infirmière n'est pas sur les lieux de travail, mais où doit être apte à travailler, en fonction des besoins de l'employeur. À cela s'ajoutent les périodes de pauses, l'heure de repas, ou la période

après un quart de travail, où elles doivent également être disponibles, en fonction des besoins de l'employeur. Ainsi, nous nous sommes questionnées sur la façon dont se manifestait la disponibilité à laquelle les infirmières sont contraintes. Pour ce faire, nous avons cherché à comprendre les procédures liées aux remplacements en cas d'absences et de retards. Enfin, nous avons également cherché à comprendre les modalités de la liste de rappel et à déterminer s'il y avait des infirmières soumises à des temps de garde et d'astreinte.

Règles communes aux deux centres hospitaliers

À la lecture de la convention collective nationale, l'article 19 (*temps supplémentaire – disponibilité ou de garde*) encadre la pratique à cet effet. Ce dernier définit la notion de temps supplémentaire en plus de prévoir les procédures et la rémunération applicable en cas de rappel au travail. La convention collective nationale a uniformisé la notion de temps supplémentaire. Les parties ont défini à l'article 19.01 de la convention nationale le « *temps supplémentaire* » comme étant:

19.01 Définition

Tout travail fait en plus de la journée régulière ou de la semaine régulière, approuvé ou fait à la connaissance du supérieur immédiat et sans objection de sa part, est considéré comme temps supplémentaire.

Tout travail exécuté par la salariée durant son congé hebdomadaire, en autant qu'il est approuvé ou fait à la connaissance de l'Employeur ou de son représentant, est considéré comme temps supplémentaire et rémunéré au taux de temps et demi.

Par contre, à la lecture de cet article, les concepts de disponibilité et de service de garde demeurent flous. Cela dit, l'arbitre ayant rendu la décision T.A., 2003 a clarifié ces concepts dans une sentence au sujet du système de garde à l'urgence d'un hôpital :

« Ces différents passages de doctrine et de jurisprudence révèlent donc qu'une personne de garde ou en disponibilité est d'abord une personne qui, sans être au travail, est contrainte de limiter ses déplacements et d'aménager son temps de repos afin d'être en mesure de rentrer au travail dans un délai relativement court, sur demande de son employeur, afin d'y effectuer des tâches que nous qualifierons d'imprévues au moment où elle a été astreinte à ladite période de garde. »

(T.A., 2003)

L'article 19 établit une distinction entre le temps travaillé par la salariée en dehors de ses heures normales de travail et le temps pendant lequel elle est disponible ou de garde en dehors de ses heures normales de travail

« Une salariée peut travailler en « temps supplémentaire » sans être de garde. Elle peut devoir travailler en « temps supplémentaire » alors qu'elle est de garde, tout comme elle peut également être de garde sans devoir travailler. »

(T.A., 2003)

À l'article 19 de la convention collective nationale s'ajoutent les articles des ententes locales. Ces articles stipulent qu'il revient aux équipes locales d'établir les modalités relatives au temps supplémentaire, au rappel au travail et à la disponibilité. Ainsi, les modalités et les recours liés au temps supplémentaire, à la garde et à la disponibilité peuvent différer d'un établissement à un autre. Pour chacun des indicateurs ci-dessous, nous présentons d'abord les règles communes aux deux établissements, puis, dans un second temps, les résultats obtenus pour les deux centres hospitaliers à l'étude.

- Comment les remplacements se font-ils?

Règles communes aux deux centres hospitaliers

La convention collective nationale ne contient aucune clause concernant les remplacements. Comme il revient aux parties locales d'établir les modalités relatives aux remplacements, il n'y a pas de règles communes en la matière entre les deux centres à l'étude. Ainsi, d'un établissement à un autre, les pratiques peuvent varier. Nous présenterons ci-dessous les résultats obtenus pour le centre hospitalier francophone et pour le centre hospitalier anglophone.

Résultats pour le centre hospitalier francophone

L'article 10 des dispositions locales présente les modalités liées au temps supplémentaire, au rappel au travail et à la disponibilité des infirmières. Les articles 4 et 6 des dispositions locales, quant à eux, indiquent les modalités liées aux remplacements en cas d'absence. Ces trois articles établissent les procédures à suivre pour combler les postes temporairement dépourvus de leur titulaire, pour répondre aux besoins du centre d'activité en cas de surcroît temporaire de travail ou pour exécuter des travaux à durée limitée.

En vertu des dispositions locales 4.07 et 6.01, l'employeur, pour combler une absence, doit d'abord faire appel aux salariées de l'équipe volante ou de l'équipe de remplacement et, en dernier recours, aux salariées inscrites à la liste de disponibilité. L'article 6 de la convention collective locale prévoit combler un remplacement ou une absence ponctuelle en respectant l'ordre de priorité suivant : les salariées inscrites sur l'équipe de remplacement, les salariées titulaires d'un poste à temps partiel du centre d'activités inscrites sur la liste de disponibilité ; les salariés de l'équipe volante ; puis, en dernier recours, les salariées non visées par le processus de titularisation et les salariés en congé sans solde inscrits à la liste de disponibilité. Toutefois, selon certains interlocuteurs, il en va autrement dans la réalité.

« La priorité va au temps partiel régulier de l'unité qui a exprimé un surplus de disponibilité. Après ça, on s'en va à l'équipe volante, pis après ça on s'en va au temps supplémentaire. Par contre, si on peut ne pas remplacer, on ne remplacera pas. »

(Gest4, francophone)

Résultats pour le centre hospitalier anglophone

Les clauses liées au temps supplémentaire, à la disponibilité et au service de garde se retrouvent à l'article 19 de l'entente collective locale du centre hospitalier anglophone. Les modalités liées aux remplacements en cas d'absence, quant à elles, se retrouvent aussi dans les dispositions locales, à l'article 15. Cet article indique la procédure à suivre pour combler les postes temporairement dépourvus de leur titulaire, pour répondre aux besoins du centre d'activité en cas de surcroît temporaire de travail ou pour exécuter des travaux à durée limitée. Les clauses 15.08 et 15.14 indiquent que l'employeur doit d'abord faire appel aux salariées de l'équipe volante ou de l'équipe de remplacement pour pourvoir les remplacements en faisant appel, et en dernier recours aux salariées inscrites à la liste de disponibilité.

Or, d'après nos entretiens, nous constatons qu'il y a un certain décalage entre ce qui est prévu dans les dispositions locales et la réalité. Ainsi, dans le centre hospitalier anglophone :

« Au niveau local quand il est venu le temps de négocier les dispositions locales, toutes les dispositions concernant les rappels, la liste des rappels, c'est-à-dire quand il y a un remplacement à faire, comment on y pourvoit? Tout a été laissé en gris imprimé «délibéré» en voulant dire «on s'en reparlera plus tard» parce qu'il y a trop de pratiques différentes. Dans les faits, ces règles-là ne sont pas appliquées, pas pour les infirmières du moins. »

(Synd6, anglophone ; appuyé par Synd5 anglophone)

Selon les entretiens que nous avons réalisés, le centre hospitalier anglophone aurait éprouvé des problèmes de remplacements par le passé. En guise de solution, une liste de disponibilité a été créée, où les infirmières devaient, par écrit, inscrire leurs disponibilités quelques semaines à l'avance (Synd5, anglophone).

« Personne ne comprenait, qu'est-ce qu'il fallait faire, les gens ne comprenaient pas l'idée qui fallait se mettre sur une liste de rappels pis de s'engager à être disponible de telle manière pendant X nombres de mois. »

(Synd4, anglophone; appuyé par Synd5, anglophone)

Cette idée n'a pas été bien reçue par les infirmières. C'est d'ailleurs pourquoi le centre hospitalier anglophone travaille souvent à effectifs réduits, sans remplacer le personnel absent. Après avoir constaté que personne n'est disponible pour faire du temps supplémentaire, les infirmières en place réorganisent entre elles le travail et acceptent la surcharge de travail. Elles préfèrent cette solution plutôt que devoir inscrire des disponibilités sur une liste à l'avance (Synd4, Synd5, anglophone).

- Modalités de la liste de rappel

Règles communes aux deux centres hospitaliers

Quelques libellés concernant le rappel au travail figurent dans la convention nationale. Toutefois, ces clauses portent davantage sur la rémunération que sur les modalités de la liste de rappel.

19.04 Rappel au travail

S'il y a rappel au travail alors que la salariée a quitté l'établissement et qu'elle n'est pas en service de garde, elle reçoit pour chaque appel :

- 1. Une indemnité de transport [...]*

2. Une rémunération au minimum de deux heures au taux de temps supplémentaire.

Il en est entendu que le travail effectué immédiatement avant ou après la période régulière de travail n'est pas un rappel au travail.

Les articles 19.09 et 19.10, respectivement intitulés *rappel de l'extérieur* et *rappel de l'intérieur*, concernent aussi la rémunération liée aux rappels au travail. Ainsi, il revient aux parties locales de prévoir les modalités de rappel au travail.

Les interlocuteurs que nous avons rencontrés nous ont appris qu'il n'y avait plus de listes de rappel dans les établissements de la santé. En effet, depuis la titularisation de postes en 2011³⁹, les postes sur appel ont été supprimés. Depuis, des listes de disponibilité ont été créées où les infirmières à temps partiel indiquent leurs disponibilités pour faire du remplacement (synd1; Synd2, Synd3, Synd4, francophone; Gest4, Gest5, francophone; Synd5, Synd6, anglophone). Ci-dessous sont présentés les résultats obtenus concernant les pratiques entourant le rappel au travail des deux centres hospitaliers.

Résultats centre hospitalier francophone

La liste de disponibilité, telle qu'énoncée ci-haut, est définie à l'article 4.07 de l'entente locale.

4.07 Liste de disponibilité

« La liste de disponibilité de l'établissement est utilisée pour suppléer à l'équipe de remplacement, et plus particulièrement, afin de combler les

³⁹ Depuis la titularisation de postes en 2011, il n'y a plus d'infirmières sur appel avec un statut de disponibilité pur. Elles détiennent maintenant un poste avec minimalement deux jours de travail par semaine, communément appelé un poste temps partiel point quatre. Les infirmières ne travaillent pas nécessairement à temps partiel par choix, mais elles peuvent tout de même offrir des disponibilités pour des périodes données. Ainsi, en cas d'absence, ou en surcroit de travail les infirmières-chefs peuvent les appeler (synd5, Synd6, anglophone).

postes temporairement dépourvus de leur titulaire, satisfaire aux besoins découlant d'un fardeau temporaire de tâches dans un centre d'activités, ou pour exécuter des travaux à durée limitée. »

L'entente locale prévoit aussi à la matière six *les modalités générales de rappel des salariées de la liste de disponibilité*. Cette clause prévoit, en fonction de l'ancienneté, l'ordre à suivre pour faire un remplacement de moins de vingt-huit jours.

Matière 6.01 - Modalités générales de rappel des salariées de la liste de disponibilité

A) Les affectation de moins des vingt-huit jours [...]

- 1. Aux salariées inscrites sur l'équipe de remplacement;*
- 2. Aux salariées titulaires de poste à temps partiel du centre d'activités inscrites sur la liste de disponibilité;*
- 3. Aux salariées de l'équipe volante;*
- 4. Aux salariées titulaires de poste à temps partiel d'un autre centre d'activités et inscrites sur la liste de disponibilité;*
- 5. Aux salariées non visées par le processus de titularisation ainsi qu'aux salariées visées par l'article 22.27 C) des dispositions nationales de la convention collective.*

Selon les entretiens que nous avons réalisés, les gestionnaires doivent analyser la nécessité d'un remplacement avant de recourir à la liste de disponibilité (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Par économie budgétaire, les gestionnaires préfèrent parfois ne pas combler les absences. Ces derniers feront appel aux infirmières sur la liste de disponibilité uniquement en cas d'urgence (synd2, francophone). Deux gestionnaires interviewés nous ont dévoilé quel était, en réalité, l'ordre pour effectuer un remplacement : l'infirmière à temps partiel qui a un surplus de disponibilité, l'équipe volante, l'appel au temps supplémentaire, et, en dernier lieu, le TSO (Gest4, Gest5, francophone). Par contre, tel que mentionné précédemment,

les équipes volantes n'existent plus en réalité : comme elles sont déjà affectées, elles ont perdu leur mobilité.

Les interlocuteurs syndicaux décrivent la réalité comme suit : on fait appel aux infirmières ayant exprimé un surplus de disponibilité, puis au temps supplémentaire, et, en dernier recours, au TSO (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Selon ces interlocuteurs, la liste de disponibilité provoque une « obligation » de disponibilité chez les infirmières, qui ne sont prévenues qu'à la toute dernière minute en cas de besoin. Lorsqu'il n'y a plus d'infirmières sur la liste de disponibilité, il revient aux infirmières qui travaillent à temps complet de rester après leur quart de travail.

Le centre hospitalier francophone n'a jamais eu recours à des infirmières en provenance d'agence de placement pour pallier un manque de ressources ou encore un surcroît de travail pendant notre étude. Par contre, nous constatons que ce sont les infirmières à temps plein, et non celles à temps partiel, qui subissent les contrecoups de l'imprévisibilité liés aux manques de ressources et aux contraintes de disponibilités. Les infirmières à temps partiel peuvent, à leur guise, s'inscrire sur la liste de disponibilité pour combler le manque à gagner et être considérées à temps complet. Les résultats montrent que malgré la précarité de leur poste, les infirmières à temps partiel bénéficient de plus de souplesse et d'un meilleur contrôle de leur horaire.

Résultats du centre hospitalier anglophone

L'article 15 de l'entente locale du centre hospitalier anglophone prévoit la marche à suivre en cas de surcroît de travail ou lorsqu'un poste est temporairement dépourvu de sa titulaire.

Article 15 – Poste temporairement dépourvu de sa titulaire, équipe volante et surcroît temporaire de travail.

15.03 Le poste temporairement dépourvu de sa titulaire est comblé, lorsque les besoins du centre d'activités le justifient, par les salariés de l'équipe volante ou de l'équipe de remplacement selon les dispositions nationales, et par la suite, par les salariées inscrites à la liste de disponibilité.

Malgré ce qui est prévu dans l'entente locale, les deux interlocuteurs syndicaux expliquent que les absences sont d'abord comblées en faisant appel aux salariées de la liste de disponibilité. Les infirmières déjà en poste ne font des heures supplémentaires qu'en dernier recours (Synd5, Synd6, anglophone). D'ailleurs, le temps supplémentaire est encore effectué sur une base volontaire dans le centre hospitalier anglophone. Lorsqu'il n'y a personne pour combler l'absence, l'infirmière-chef redistribue la charge des patients entre les infirmières sur place, même si la réduction des effectifs entraîne une surcharge de travail (Synd5, Synd6, anglophone).

Le centre hospitalier anglophone n'a fait appel à aucune infirmière d'agence pour pallier les absences spontanées ou les surcroîts de travail pendant notre étude – à l'exception de l'établissement récemment fusionné à ce dernier. Cet établissement dispose d'une liste de rappel qui fonctionne différemment des autres établissements du centre hospitalier anglophone. Dans cet établissement, le temps supplémentaire est réparti entre les infirmières par des agentes d'un centre d'appels. Ce n'est qu'en dernier recours que ces agentes font appel à des infirmières d'agence (MOI).

« Un coup qu'on a tout donné aux infirmières ayant exprimé de la disponibilité, le reste va être envoyé à l'agence (MOI). »

(Gest3, anglophone)

D'après la convention locale, les postes temporairement dépourvus d'une titulaire doivent être comblés par une salariée de l'équipe volante ou par une infirmière sur la liste de disponibilité. En réalité, le gestionnaire fait d'abord appel à une infirmière sur la liste de disponibilité. En deuxième lieu, il fait appel aux agentes du centre d'appels pour trouver une infirmière en temps supplémentaire ou de la main d'œuvre indépendante. Enfin, le dernier recours est le TSO (Gest3, anglophone).

« À moins que j'aie trop de MOI, là je vais aller automatiquement à l'obligation de rester en TSO. »

(Gest3, anglophone)

Maintenant que nous avons présenté les résultats concernant les modalités de la liste de rappel, passons à la section suivante, où le temps de garde et d'astreinte auprès des infirmières sera abordé.

- Temps de garde et d'astreinte

Règles communes aux deux centres hospitaliers

Le temps de garde ou d'astreinte fait référence aux périodes où les infirmières, sans être nécessairement sur les lieux du travail, doivent être disponibles et à proximité pour travailler en cas d'urgence. L'article 19 de la convention collective nationale prévoit les dispositions en matière de rappel au travail et de primes associées aux temps supplémentaire et aux temps de garde. Nous exposerons ci-dessous les résultats obtenus concernant les temps de garde dans les deux centres hospitaliers.

Résultats du centre hospitalier francophone

D'après les entretiens que nous avons réalisés, les temps de garde ne s'appliquent qu'à certaines infirmières selon le département dans lequel elles

travaillent (Synd2, Synd3, Synd4, francophone; Gest5, RSSS). Dans les départements où les services ne sont pas offerts en continu, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, il y a des temps de garde. Dans le département de l'hémodialyse, par exemple, où les services ne sont offerts que sur des quarts de jour ou de soir, certaines infirmières travaillent de garde la nuit en cas d'urgence (Synd4, francophone).

« Mais les départements offrant des services en continu, il n'y a pas de personnel de garde pour pallier le surcroît de travail. »

(Synd3, francophone)

Dans certains établissements où il y a beaucoup d'urgences, il peut y avoir une équipe de garde sur les lieux de travail, mais généralement, les infirmières de garde sont chez elles et rentrent au travail sur appel seulement (Gest1, RSSS).

Résultats centre hospitalier anglophone

Les résultats obtenus sont les mêmes que pour le centre francophone : les infirmières sont assujettis à des temps de garde selon le département où elles travaillent. Un des gestionnaires interviewé cite l'exemple du bloc opératoire, où les infirmières assurent la garde de nuit à tour de rôle. (Gest3, anglophone).

« Chacun à un temps de garde à faire et quand ils sont rappelés au travail c'est l'article 19 de la convention collective nationale qui s'applique. Tu peux être de garde chez toi avec un téléavertisseur, mais souvent, dépendamment de l'urgence l'infirmière doit être en mesure d'être sur les lieux de travail entre quinze minutes et une demi-heure qui suit l'appel. »

(Gest3, anglophone)

Maintenant que l'ensemble des résultats pour le code *disponibilité et sur appel* ont été présentés, nous ferons un bref résumé comparatif des deux centres hospitaliers.

Éléments synthèses de comparaison

Les résultats liés aux pratiques des centres hospitaliers francophone et anglophone diffèrent pour la raison suivante : les clauses concernant la *disponibilité* des infirmières sont négociées au niveau local, dans les ententes locales respectives des établissements.

Commençons d'abord par comparer les résultats obtenus pour le premier indicateur : les modalités liées aux *remplacements*. Du côté francophone, nous constatons que la pratique se différencie un peu de ce qui est prévu dans les ententes locales. Selon nos interlocuteurs, les remplacements sont offerts selon l'ordre de priorité suivant : infirmières à temps partiel ayant exprimé un surplus de disponibilité, équipe volante, infirmières déjà sur place. Il est également possible qu'il n'y ait pas de remplacement (Gest4, francophone). Du côté anglophone, nous remarquons que les infirmières se divisent les tâches elles-mêmes. Comme elles sont toutes formées pour le même champ de pratique, elles n'ont aucune limitation professionnelle. Ainsi, il n'est pas toujours nécessaire de faire les remplacements. Dans certains cas, les remplacements sont assurés par des infirmières ayant exprimé de la disponibilité, ou par certaines infirmières qui souhaitent faire du temps supplémentaire. Un seul hôpital du centre hospitalier anglophone se distingue en matière de politique de remplacements. Dans cet hôpital, les remplacements en cas d'absence momentanée sont gérés par les agentes d'un centre d'appel centralisé. Ces dernières proposent les remplacements aux infirmières pour leur offrir du temps supplémentaire ou font appel à des infirmières d'agence (MOI). Lorsqu'il y a déjà trop d'infirmières d'agence sur l'unité, les gestionnaires ont recours au TSO.

Les résultats des deux centres hospitaliers sont similaires concernant le deuxième indicateur, les *modalités de la liste de rappel*. Dans les deux cas, il n'y a plus de liste de rappels, mais plutôt d'une liste de disponibilité – les infirmières expriment un surplus de disponibilité sans toutefois avoir un statut d'emploi sur appel. Selon des interlocuteurs des deux centres hospitaliers, les gestionnaires analysent

d'abord la réelle nécessité d'un remplacement avant de faire appel à une infirmière de la liste de disponibilité. Du côté francophone, s'il est nécessaire de procéder au remplacement, l'ordre de priorité est le suivant : infirmière ayant un surplus de disponibilité, équipe volante, temps supplémentaire des infirmières à temps plein, TSO. Du côté anglophone, le premier réflexe sera de réorganiser le travail sans faire de remplacement. L'autre option serait d'appeler une infirmière ayant exprimé un surplus de disponibilité ou de proposer du temps supplémentaire aux infirmières déjà sur les lieux de travail – le travail supplémentaire n'est toutefois pas obligatoire.

Ainsi, à quelques exceptions près, le centre hospitalier anglophone – contrairement au centre hospitalier francophone – n'a pas recouru au TSO. Cela ne fait pas partie de ses pratiques de gestion. Un seul établissement du centre hospitalier anglophone fait exception à la règle. Les remplacements y sont effectués selon l'ordre de priorité suivant : infirmières ayant un surplus de disponibilité, temps supplémentaire des infirmières à temps plein, MOI, TSO. Selon les interlocuteurs rencontrés, cet hôpital est un cas isolé de par son historique ; le centre hospitalier anglophone n'a pas recours à la MOI, et très rarement au TSO.

Enfin, les résultats liés au troisième indicateur, *les temps de garde et d'astreinte*, sont les mêmes d'un centre hospitalier à l'autre. Les infirmières des deux centres sont assujetties à des temps de garde selon le département dans lequel elles travaillent. D'après nos entretiens, les infirmières travaillent sur des quarts de travail de jour et de soir au bloc opératoire et à l'unité d'hémodialyse. Comme ces départements deviennent opérationnels en cas d'urgence, elles assurent à tour de rôle la garde nuit. Enfin, comme la plupart des autres unités de soins fonctionnent en continu, il n'y a aucun temps de garde ou d'astreinte.

Maintenant que nous avons résumé les résultats de la variable modératrice, nous présentons les résultats liés à la variable dépendante, le recours au TSO.

4.4 Temps supplémentaire obligatoire (VD)

L'étude de la variable dépendante, *temps supplémentaire obligatoire (TSO)*, a été réalisée en fonction de plusieurs indicateurs qui nous ont permis de recueillir des informations que nous avons codifiées par la suite. Nous avons créé quatre codes afin de mieux organiser les informations : (a) recours au TSO, (b) fréquence, (c) l'enjeu, (d) les effets. Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus pour chacun des codes après analyse des verbatim et des sources secondaires.

D'abord, précisons qu'aucune disposition de la convention collective nationale et des ententes locales ne traite de temps supplémentaire obligatoire : en théorie, il ne devrait pas y en avoir. Le temps supplémentaire obligatoire est donc une pratique qui diffère d'un établissement à un autre. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous présenterons en premier lieu les résultats du centre hospitalier francophone et, par la suite, ceux du centre hospitalier anglophone.

« Il n'y aura jamais une convention, ni aucune discussion, il n'y aura pas d'ententes au sujet du temps supplémentaire obligatoire. Ce n'est pas dans les négociations de la convention collective nationale où se discute du temps supplémentaire obligatoire, mais plutôt dans les comités paritaires, les comités de travail ou les comités de soins. C'est beaucoup plus avec le syndicat local qu'on discute et qu'on essaie de trouver des solutions pour le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire. »

(Gest1, RSSS)

Le recours au temps supplémentaire obligatoire diffère d'un établissement à un autre en fonction des relations de travail avec le syndicat local. Ainsi, les solutions

pour remédier au TSO dépendent en grande partie de la relation entre les parties syndicales et patronales.

Enfin, nous présentons ci-dessous les résultats obtenus dans chacun des centres hospitaliers, en fonction des entretiens réalisés auprès des répondants syndicaux et des gestionnaires. Tel que mentionné précédemment, il n'existe actuellement aucune clause ou règle en matière de TSO. C'est pourquoi nous ne présentons pas de résultats en ce qui concerne les règles communes aux deux centres hospitaliers. Passons directement aux résultats liés au TSO pour chacun des deux centres hospitaliers.

a) Recours au TSO

Le recours au TSO est un phénomène relativement présent dans le système de la santé du Québec, surtout depuis le virage ambulatoire de la fin des années 1990 (Synd2, francophone). Ce virage, dont l'objectif principal était de réduire les coûts, a entraîné plusieurs coupures de postes. Comme plusieurs postes d'infirmières ont été abolis vers la fin des années 1990, les établissements doivent pallier le manque de ressources en ayant recours au temps supplémentaire (Synd2, francophone).

Nous avons constaté que le secteur de la santé est soumis à d'énormes pressions budgétaires. Les gestionnaires sont souvent pris entre l'arbre et l'écorce : ils doivent répondre aux besoins des patients tout en respectant les budgets. Nous avons donc examiné deux indicateurs. Le premier consiste à savoir s'il existe des balises encadrant le recours au TSO. Le second explore la façon dont le TSO est attribué aux infirmières.

- Existe-t-il des balises qui encadrent le TSO?

Résultats centre hospitalier francophone

Deux gestionnaires du centre hospitalier francophone expliquent qu'aucune balise n'encadre le recours au TSO. Comme le TSO ne devrait pas exister en théorie, encadrer sa pratique serait synonyme de le cautionner (Gest4, Gest5, francophone). Les gestionnaires mentionnent toutefois qu'il serait pertinent de baliser cette pratique.

« Même sans que ça soit du TSO, le temps supplémentaire, combien que tu peux en faire? Des infirmières qui font six, sept temps supplémentaires sur une période de deux semaines, c'est énorme, mais il n'y a aucune balise. Alors, oui, je pense qu'il y aurait matière à le faire. »

(Gest5, francophone)

Résultats centre hospitalier anglophone

Tel que mentionné précédemment, le recours au TSO est inhabituel au sein des établissements du centre hospitalier anglophone, à l'exception d'un seul hôpital qui fait parfois appel au MOI et au TSO. En résumé, selon les entretiens et les sources documentaires, aucune balise n'encadre le recours au TSO. Passons maintenant à la façon dont est attribué le TSO est attribué aux infirmières.

- Comment le TSO est-il attribué aux infirmières?

Résultats du centre hospitalier francophone

Deux gestionnaires du centre hospitalier francophone définissent le temps supplémentaire obligatoire ainsi :

« Par définition du temps supplémentaire obligatoire, ce n'est pas planifié d'avance. Quand c'est planifié d'avance c'est du temps supplémentaire. Quand c'est connu qu'on manque de ressources c'est pas du temps supplémentaire obligatoire, ça devrait être en réponse à une absence ponctuelle de dernière minute et ça va se passer dans les heures, ou dans l'heure qui précède la fin du quart de travail ou vraiment on va chercher jusqu'à la dernière minute. On va miser sur du volontariat et quand on voit qu'il n'y a plus de volontaire, c'est là qu'on oblige un temps supplémentaire. »

(Gest4, francophone; appuyé par Gest5, francophone)

Les répondants syndicaux que nous avons rencontrés ne partagent pas cette définition du TSO. Selon eux, très souvent, le recours au TSO est prévu longtemps à l'avance – conséquence directe du manque d'infirmières à temps complet (Synd2, francophone). Sachant cela, les infirmières savent à l'avance quand il y aura un manque à combler, et savent qu'elles devront faire des heures supplémentaires après leur quart de travail. De plus, il arrive souvent que le TSO soit attribué aux infirmières une semaine, voire trois semaines à l'avance.

« Les besoins ce n'est pas trois personnes qui appellent malade à la dernière minute, ce n'est pas ça. C'est par le fait que les structures de postes assurent le strict minimum, il n'y a pas assez de postes à temps complet. »

(Synd2, francophone)

Un des gestionnaires rencontrés partage le même avis que ces répondants syndicaux : la diminution du TSO passerait par une restructuration des postes, soit 65% d'infirmières à temps plein et 35% d'infirmières à temps partiel (Gest1, RSSS).

Actuellement, comme une structure de poste minimale est en place, dès qu'il y a une absence ponctuelle, il faut assurer un remplacement. Les gestionnaires

priorisent les heures supplémentaires sur une base volontaire avant de faire appel au TSO (Gest1, RSSS). Notons que lorsqu'une infirmière accepte volontairement de faire du temps supplémentaire après son quart de travail, ce n'est pas considéré comme du TSO. Cette situation montre que la notion de temps supplémentaire obligatoire est une difficile à isoler. Un des gestionnaires rencontrés nous a expliqué ce qui est considéré comme un « vrai » TSO :

« S'il manque une infirmière et qu'il est impossible de réorganiser les soins sans cette personne, le gestionnaire va commencer par aller sur l'unité et demander à chacune des infirmières si elles accepteraient de rester. Si elles refusent, le gestionnaire appelle ensuite les infirmières qui travaillent sur cette unité de soins à temps partiel. Si elles refusent, le gestionnaire demande aux infirmières de l'équipe volante. S'il n'y a toujours personne de disponible, le gestionnaire va repasser sur l'unité et demander à nouveau aux infirmières. Si une infirmière accepte à ce moment, ce n'est toujours pas considéré comme étant du TSO. Si elles refusent à nouveau, alors le gestionnaire devra obliger l'infirmière qui détient le moins d'ancienneté à faire du TSO. »

(Gest1, RSSS)

Enfin, au sein du centre hospitalier, le TSO est attribué par ancienneté inversée. Ainsi, c'est l'infirmière qui a le moins d'ancienneté qui devra faire du TSO (Gest4, francophone; appuyé par Gest5, francophone).

Résultats du centre hospitalier anglophone

La plupart des établissements du centre anglophone n'ont presque jamais recours au TSO. Un hôpital fait exception en ayant souvent recours au TSO. Un gestionnaire de cet établissement nous a expliqué la marche à suivre avant d'attribuer du TSO. Les gestionnaires essaient d'abord de réorganiser les soins, puis d'appeler les infirmières qui avaient déclaré un surplus de disponibilité (Gest3,

anglophone). Si personne n'est disponible, ils demanderont à des infirmières en place si elles souhaitent faire du temps supplémentaire sur une base volontaire. Si aucune infirmière n'accepte, les gestionnaires peuvent faire appel à la MOI – uniquement si le quota n'a pas été atteint. Si ce quota est atteint, le recours au TSO devient inévitable. La façon d'attribuer le TSO est par ancienneté inversée, c'est-à-dire à l'infirmière qui détient le moins d'ancienneté.

b) Fréquence

Malheureusement, le recours au TSO n'est pas comptabilisé séparément du temps supplémentaire : les interlocuteurs rencontrés n'ont pas pu nous renseigner quant à la fréquence exacte au TSO.

« Pour le temps supplémentaire obligatoire, je n'ai pas de données, ça rentre dans le temps supplémentaire. Ce n'est que qualitatif. »

(Gest1, RSSS)

Nous présentons tout de même les résultats obtenus dans les deux centres hospitaliers concernant la fréquence estimée de TSO.

- Fréquence du TSO en nombre d'heures

Résultats du centre hospitalier francophone

Les répondants syndicaux affirment qu'il y a eu davantage de TSO là où les gestionnaires ont trop réduit leurs effectifs (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Ces répondants ont également soulevé la pénurie d'infirmières dans un des établissements du centre hospitalier francophone où il y avait énormément de TSO. Cet établissement employait d'ailleurs beaucoup d'infirmières auxiliaires.

« L'employeur se rendait compte qu'il y avait beaucoup d'infirmières dans les deux autres sites et qu'il n'y avait pas beaucoup de TSO contrairement à l'autre établissement où il y avait moins d'infirmières. »

(Synd4, francophone)

Un des répondants ajoute que le recours au temps supplémentaire tend à diminuer pour la raison suivante : plusieurs établissements de la santé cherchent activement à stabiliser leurs équipes de travail et à intégrer davantage des infirmières auxiliaires pour décharger les infirmières de certaines tâches (Gest1, RSSS). Deux autres gestionnaires reconnaissent que l'intégration des infirmières auxiliaires permet de décharger les infirmières jusqu'à un certain point seulement. Il n'est pas une solution de remplacement des infirmières.

« C'est un risque d'intégrer des infirmières auxiliaires où il manque des infirmières. Certains pensent que deux auxiliaires va suffire au lieu d'une infirmière, mais deux pompiers, ça ne fait pas une police! Alors, il y a le risque de tomber dans le piège de ne pas mettre la bonne ressource au bon endroit pour éviter de faire du TSO. »

(Gest4, francophone; appuyé par Gest5, francophone)

Résultats du centre hospitalier anglophone

Malgré l'inexistence de données exactes, un des gestionnaires du centre hospitalier anglophone estime que le recours au TSO est en déclin. Il croit également que le centre hospitalier anglophone a moins souvent recours au TSO que le centre hospitalier francophone (Gest1, RSSS). Selon ce répondant, cela est dû au fait que le centre hospitalier anglophone a recours à davantage d'infirmières que le centre hospitalier francophone (Gest1, RSSS). Le seul hôpital du centre hospitalier anglophone qui a recours au TSO est un hôpital qui était autrefois affilié à un CSSS francophone. Cet établissement est structuré à l'image du centre hospitalier

francophone : il y a moins d'infirmières et beaucoup plus d'infirmières auxiliaires (Synd5, Synd6, anglophone).

« S'il n'y a qu'une infirmière sur le département et qu'elle appelle malade, ça prend automatiquement un remplacement puisque le rôle des infirmières auxiliaires est beaucoup plus limité. Donc, c'est du TSO. »

(Synd5, anglophone)

À l'exception de cet hôpital – dont les pratiques diffèrent des autres hôpitaux du centre hospitalier anglophone –, deux interlocuteurs syndicaux affirment que le recours au TSO n'est pas une pratique courante.

« On a eu très peu de TSO, quelques cas isolés, mais on ne connaît pas ça nous. »

(Synd5, anglophone; appuyé par Synd6, anglophone)

Enfin, nous constatons que le centre hospitalier anglophone est globalement moins affecté par le TSO.

Éléments synthèse de comparaison

Comme la définition du TSO est ambiguë, les interlocuteurs rencontrés n'arrivent pas à quantifier la fréquence du TSO. À la lumière des citations présentées précédemment, nous remarquons qu'il existe deux types de TSO.

Le premier type de TSO est géré par l'équipe de travail. Les infirmières, sur une base volontaire, acceptent à tour de rôle de rester après leur quart de travail. Le deuxième type de TSO est géré par ancienneté, où la dernière infirmière embauchée est celle à qui revient le TSO. Cependant, aux yeux des gestionnaires, le premier

type de TSO n'est pas considéré comme du « *vrai* » TSO. Les infirmières acceptent de faire du TSO à tour de rôle de « *manière volontaire* » en réponse à la pression sociale qu'elles subissent. Les infirmières sentent qu'elles n'ont pas le choix de s'organiser entre elles pour prendre en charge le TSO : elles savent que tôt ou tard le gestionnaire l'imposerait à une d'entre elles. Bien qu'il n'existe aucune statistique sur la fréquence du TSO, le centre hospitalier francophone semble avoir recours au TSO plus souvent que le centre hospitalier anglophone – exception faite de l'hôpital récemment fusionné. Un interlocuteur syndical indique que les deux centres hospitaliers n'ont pas la même philosophie de gestion.

« Au centre hospitalier anglophone leur choix était souvent de travailler avec le moins de ressources en réorganisant le travail, alors qu'au centre hospitalier francophone il n'hésitait pas à recourir à du TSO. »

(Synd2, francophone)

Nous avons relevé plusieurs différences liées à l'organisation du travail entre les deux centres hospitalier, notamment en raison des différences en matière de culture organisationnelle. La philosophie de gestion du gestionnaire est fortement teintée par la culture de l'établissement, ce qui explique les visions différentes du rôle de l'infirmière entre le centre hospitalier francophone et anglophone.

Du côté anglophone, les gestionnaires considèrent les infirmières comme des professionnelles autonomes : ils préfèrent donc réorganiser le travail plutôt que de recourir au TSO. Du côté francophone, les gestionnaires recourent plus souvent au TSO : la pratique infirmière est moins autonome car le travail est souvent accompli en collaboration avec d'autres intervenants de la santé.

Le centre hospitalier anglophone peut éviter de recourir au TSO en réorganisant le travail pour une autre raison : les équipes de travail sont constituées majoritairement d'infirmières et de peu d'infirmières auxiliaires. Au centre hospitalier francophone, les équipes de travail se composent d'infirmières, d'infirmières

auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires. Comme les infirmières auxiliaires ont un rôle professionnel plus limité que les infirmières, la réorganisation des soins est plus difficile lors d'une absence spontanée, d'où le besoin de recourir plus fréquemment au TSO.

c) Enjeu

- L'enjeu du TSO vu par les syndicats et les gestionnaires

Les discours des interlocuteurs syndicaux et des gestionnaires se contredisent à ce sujet. D'un côté, les syndicats croient que le TSO est de plus en plus utilisé, et de l'autre, les gestionnaires croient avoir réussi à réduire le TSO. Nous présentons d'abord les résultats obtenus dans le centre hospitalier francophone, puis ceux du centre hospitalier anglophone.

Résultats du centre hospitalier francophone

Trois interlocuteurs syndicaux mentionnent que le TSO est un problème qui les préoccupe. Ces derniers indiquent que la prochaine période de négociation sera l'occasion de revendiquer de meilleures conditions de travail et d'augmenter le nombre de postes d'infirmières à temps complet. Ils souhaitent atteindre la cible de 75% de postes à temps complet chez les infirmières (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Du côté des gestionnaires, les interlocuteurs du centre hospitalier francophone indiquent avoir réussi à diminuer le recours au TSO dans la dernière année, et ce, grâce à une amélioration de la situation en matière de ressources (Gest4, Gest5, francophone). Les gestionnaires rejoignent les interlocuteurs syndicaux lorsqu'ils disent vouloir miser sur la dotation de postes et la stabilisation des équipes de travail pour réduire le TSO (Gest4, Gest5, francophone).

Résultats centre hospitalier anglophone

À l'exception d'un hôpital, le TSO n'est pas une pratique très présente au sein des établissements du centre hospitalier anglophone. Toutefois, certains enjeux préoccupent les interlocuteurs que nous avons rencontrés. Dans un premier temps, les interlocuteurs syndicaux mentionnent que les ratios infirmier-patients doivent être révisés : si rien ne change, des infirmières risquent de quitter pour congé de maladie, ou simplement de quitter la profession en raison de la surcharge de travail et de l'insatisfaction qui en découle. Ces absences potentielles risquent d'augmenter le recours au TSO. Le second enjeu soulevé par les acteurs syndicaux concerne l'intégration des infirmières auxiliaires.

« [...] on remplace une infirmière par une infirmière auxiliaire. Elles sont nos membres, se sont des professionnelles, elles ont leur place dans le réseau, mais peut-être pas leur juste place dans des centres hospitaliers. Là, les infirmières ressentent la lourdeur, pis ce n'est pas la faute de l'auxiliaire, mais c'est là que tu te dis j'aimerais mieux avoir une infirmière qui n'aurait pas de limites dans sa pratique. »

(Synd4, anglophone; appuyé par Synd5, anglophone)

Les chances de recourir au TSO augmentent lorsqu'une infirmière s'absente à la dernière minute parce que les infirmières auxiliaires ne peuvent remplacer une infirmière. Le recours au TSO est moins fréquent dans les unités de soins qui n'emploient que des infirmières. Comme elles ne sont pas limitées dans leur pratique professionnelle, la réorganisation du travail est simplifiée.

Éléments synthèse de comparaison

Plusieurs constats ressortent de la comparaison effectuée entre les deux centres hospitaliers. D'abord, pour réduire le TSO, le centre hospitalier francophone devra augmenter le nombre de postes d'infirmières à temps complet. Du côté anglophone, il s'agira de réévaluer le nombre d'infirmières par unité de soins selon le nombre de patients et la gravité de l'état de ces derniers. L'autre enjeu repose sur l'intégration des infirmières auxiliaires au sein des unités de soins. D'après les interlocuteurs syndicaux, cela aurait un impact positif sur le recours au TSO.

Passons maintenant aux résultats liés au dernier indicateur : les effets occasionnés par le TSO.

d) Effets du temps supplémentaire obligatoire

- Absences, maladies, démissions, erreurs médicales

Comme les stratégies de gestion des deux centres hospitaliers à l'étude sont différentes, il en va de même pour le recours au TSO et sur les effets occasionnés par ce dernier. Malgré les différences observées, les deux centres hospitaliers présentent quelques effets communs. Dans les prochains paragraphes, nous présenterons les différents effets causés par le TSO. Ces effets ont été recueillis lors des entretiens réalisés auprès des interlocuteurs syndicaux et des gestionnaires des deux centres hospitaliers.

Résultats du centre hospitalier francophone

Plusieurs effets liés au TSO ont été soulignés lors des entretiens que nous avons réalisés. Tant les gestionnaires que les interlocuteurs syndicaux croient que le TSO est une cause d'insatisfaction professionnelle chez les infirmières (Syn2, francophone; Synd3, francophone, Gest1, RSSS; Gest4, francophone; Gest5, francophone). Les résultats obtenus montrent que le TSO génère un cercle vicieux :

plus il y a de TSO, plus les absences pour maladie augmentent, et plus le taux de roulement augmente. Ces effets engendrent un manque de ressources qui, à court terme, est compensé par le TSO (Gest1, RSSS). À long terme, si aucun changement n'est apporté en matière de gestion des effectifs, le recours au TSO ne fera qu'empirer la situation. Ce constat est soutenu par d'autres effets que nous avons observés par rapport au TSO.

Un des gestionnaires interviewés nous a parlé des effets néfastes du TSO sur la rétention du personnel (Gest1, RSSS). Notons qu'il est important de distinguer le temps supplémentaire du temps supplémentaire obligatoire : certaines infirmières préfèrent occuper un poste à temps partiel et faire du temps supplémentaire; c'est même devenu un mode de vie pour plusieurs (Gest1, RSSS).

« Nous avons des infirmières qui vont maintenant faire leur budget familial sur le temps supplémentaire qu'elles font. C'est leur salaire de base. Je me suis déjà vu, dans deux établissements différents, d'imposer à des infirmières du non-temps supplémentaire, parce qu'elles faisaient autant de temps supplémentaires que de temps régulier. Tu peux tenir ça pendant quelques semaines, mais il y en a que ça faisait longtemps, alors on avait imposé ça. »

(Gest1, RSSS)

Bien que des infirmières choisissent de faire des heures supplémentaires pour arrondir leurs fins de mois, le TSO représente une toute autre chose. Le TSO est imprévisible : les infirmières sentent qu'elles n'ont plus le contrôle sur leur horaire, ce qui finit par atteindre leur intégrité psychologique (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Au fil des entretiens, nous avons appris que les problèmes de santé mentale chez les professionnelles de la santé sont aujourd'hui plus fréquents que les problèmes musculo-squelettiques – problèmes dont souffrait fréquemment le personnel soignant dans les années 1990 (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Les entretiens révèlent que le TSO a un impact négatif sur la santé mentale des

infirmières. Un des interlocuteurs syndicaux témoigne d'ailleurs que les infirmières arrivent difficilement à lâcher-prise. Incapables « d'abandonner » leurs patients, elles finissent par s'oublier et acceptent de faire du TSO (Synd2, francophone).

D'autres effets liés au TSO ont été soulevés : l'intensification du travail, l'épuisement, l'insatisfaction et l'augmentation des erreurs médicales et des accidents de travail (Synd2, Synd3, Synd4, francophone). Les questionnaires rencontrés dans le cadre de l'étude nous ont indiqué qu'il n'y avait aucune corrélation entre les erreurs médicales et le TSO (Gest1, RSSS; Gest4, Gest5, francophone). Ils précisent que d'autres facteurs peuvent influencer l'augmentation des erreurs médicales, notamment l'âge des infirmières, l'expérience du personnel et la gravité de l'état des patients. Il est difficile d'isoler la variable TSO.

Les questionnaires soutiennent qu'il est plausible qu'une personne qui, à répétition, travaille seize heures consécutives soit moins alerte et, par conséquent, moins vigilante dans les soins donnés aux patients. Un des questionnaires rencontrés associe plutôt l'augmentation des erreurs médicales au haut taux de roulement du personnel (Gest1, RSSS).

« Lorsqu'il y a de nouvelles infirmières qui arrivent, là je n'ai pas de communication, c'est là que ça se passe. Quand je regarde les erreurs médicales avec conséquences majeures, je me retrouve plus avec des gens qui étaient novices et qui n'avaient pas le soutien nécessaire. C'est rarement parce que la personne avait fait beaucoup de temps supplémentaire. »

(Gest1, RSSS)

Cela revient à dire que le TSO a un impact sur la rétention du personnel, puisque les infirmières finissent par quitter en congé de maladie ou par quitter la profession. L'explication ci-haut concernant les erreurs médicales met en cause l'organisation du travail. Gest1 mentionne que les erreurs médicales surviennent

lorsque les infirmières n'ont pas le soutien nécessaire, soit un manque causé par l'organisation du travail en flux tendu et par le manque d'effectifs.

« Il y en a qui quittent la profession carrément, et là les gestionnaires courent après leur queue pour pallier le manque de ressources. »

(Gest1, RSSS)

Résultats du centre hospitalier anglophone

Les résultats des entretiens nous ont permis de constater que les effets ressentis au sein du centre hospitalier anglophone diffèrent de ceux du centre hospitalier francophone. Tel que mentionné précédemment, les professionnelles de la santé du centre hospitalier anglophone acceptent de réorganiser le travail plutôt que d'obliger l'une d'entre elles à devoir faire du TSO. Il y a donc très peu de TSO au sein des établissements du centre hospitalier anglophone.

Cette méthode a un impact négatif sur les conditions de travail des infirmières. En effet, l'intensification et la surcharge de travail de ces infirmières se traduit par une hausse du temps de travail. Les interlocuteurs syndicaux indiquent que la surcharge de travail provient d'un ratio infirmier-patient inadéquat. Malgré l'augmentation de cas lourds dans les hôpitaux, les ratios n'ont pas changé, ce qui provoque une surcharge de travail chez les infirmières (Synd5, Synd6, anglophone).

« Certains ont revu les ratios en faisant des projets d'organisation du travail, mais ça été temporaire et là on retourne aux anciens ratios. Nos membres commencent à dire "j'en peux plus, je n'ai plus le temps de prendre mes pauses, je n'ai plus le temps de prendre ma période de repas, je finis plus tard, pis avec tout ça j'arrive chez nous avec l'impression qu'il y a pleins de choses que je n'ai pas eu le temps de faire que dans le fond j'aurais dû faire pour mon patient". »

(Synd5, anglophone)

Cet extrait témoigne de la surcharge éprouvée par les infirmières en raison du manque de ressources qui, visiblement, affecte leurs conditions de travail. Elles ne disposent plus de suffisamment de temps pour accomplir toutes leurs tâches. Les cas de fatigue et d'épuisement sont en lien direct avec la recrudescence d'absences pour maladie et de cas d'invalidité (Synd5, anglophone). Un interlocuteur syndical ajoute que les compressions budgétaires sont à la source de l'immobilisme en matière de ratios infirmière-patient, ce qui a un impact néfaste sur les conditions de travail des infirmières (Synd6, anglophone). Nous avons également constaté qu'il n'y a plus de budget pour soutenir les projets pilotes qui avaient été mis en place afin d'améliorer les ratios infirmière-patients. Malheureusement, aux yeux des professionnelles de la santé, les projets d'organisation du travail perdent en crédibilité.

« Des fois sur l'unité les gens vont dire "tout l'argent qu'on a dépensé à libérer les gens pour le TCAB, c'était la nouvelle affaire, c'était supposé nous aider". Aujourd'hui, c'est rendu où pis on fait quoi? On n'a pas plus de temps pis on n'a pas révisé les ratios. »

(Synd5, anglophone)

Les infirmières commencent à en avoir assez des quarts de travail de douze heures en raison de la fatigue accumulée. Elles décrivent le manque de ressources et la hausse du nombre de cas lourds, mais également l'augmentation du nombre de formulaires à remplir et de protocoles à suivre. Les interlocuteurs syndicaux en concluent que les quarts de travail de douze heures sont plus intenses qu'autrefois. Résultat : nous assistons à une hausse des cas d'épuisement directement liés à la surcharge de travail (Synd5, Synd6, anglophone).

D'après nos entretiens, un autre effet potentiel du TSO est la hausse du nombre d'erreurs médicales. Les gestionnaires et les interlocuteurs syndicaux indiquent qu'il n'y a pas de corrélation directe entre le TSO et les erreurs médicales.

Ils reconnaissent toutefois que les infirmières effectuant du TSO sont plus à risque de faire des erreurs médicales en raison de la fatigue (Synd5, anglophone, Synd6, anglophone; Gest3, anglophone).

Éléments synthèse de comparaison

En résumé, même si le centre hospitalier francophone a recours au TSO plus souvent que le centre hospitalier anglophone, nous constatons des problèmes similaires dans les deux centres. Les problèmes communs aux deux centres hospitaliers liés au TSO sont les suivants : surcharge de travail, fatigue, augmentation d'absences maladie et augmentation des erreurs médicales. L'augmentation des erreurs médicales doit toutefois être interprétée avec prudence : jusqu'à présent, aucune corrélation directe ne montre un lien entre le TSO et les erreurs médicales.

À la suite de l'analyse des entretiens, d'autres problèmes ont été soulevés au centre hospitalier francophone : insatisfaction au travail, augmentation du taux de roulement, perte de contrôle sur leur temps de travail et augmentation des problèmes de santé mentale chez les infirmières. Ces problèmes n'ont pas été constatés au sein du centre hospitalier anglophone. Un des problèmes propres au centre hospitalier anglophone est le manque de temps des infirmières dans leurs tâches quotidiennes. Contrairement au centre francophone, où les problèmes liés au temps de travail relèvent de l'imprévisibilité du TSO, le manque de temps éprouvé par les infirmières du centre anglophone vient du fait qu'elles acceptent de travailler avec moins de ressources plutôt que de recourir au TSO. Ainsi, elles se sentent surchargées et manquent de temps pour accomplir l'ensemble des tâches qui leur sont assignées.

Maintenant que nous avons présenté l'ensemble des résultats, passons au résumé des résultats de notre étude.

4.5 Synthèse globale des résultats

En résumé, nous avons relevé deux facteurs d'influence majeurs sur la portée de l'organisation du travail et sur l'aménagement des temps de travail : d'abord, l'absence de moyens de pression en matière de négociations au palier local, puis, en second lieu, le poids des règles encadrant la pratique professionnelle infirmière.

Rappelons d'abord que les matières liées à l'organisation du travail et à l'aménagement des temps de travail sont négociées au palier local entre l'employeur et les parties locales de chaque établissement. Comme la grève est un moyen de pression interdit au niveau local, les équipes n'ont aucun rapport de force vis-à-vis l'employeur. Ce dernier détient donc un grand pouvoir discrétionnaire sur l'organisation du travail et l'aménagement des temps de travail.

Ainsi, il revient au droit de gérance de prévoir les éléments suivants : la description de tâche des professionnels, les modes d'organisation du travail et les règles internes. Des mécanismes paritaires sont offerts : le comité des soins, par exemple, prévu dans la convention collective nationale pour traiter les plaintes liées aux soins ou les fardeaux de tâches. Toutefois, comme la création de ce comité repose sur la volonté des parties, il semble que très peu d'établissements ont mis sur pied ce comité.

Ensuite, nous constatons que l'encadrement de la pratique infirmière et la création de règles internes au sein des établissements de la santé n'évoluent pas au même rythme. Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'évolution de la pratique infirmière : l'adoption de la *Loi 90*, modifiant le Code des professions dans le secteur de la santé, puis la création de deux outils, le Plan thérapeutique infirmier (PTI) et les ordonnances collectives.

L'adoption de la *Loi 90* et l'arrivée de ces outils visent à valoriser la profession infirmière pour que les infirmières puissent jouer pleinement leur rôle professionnel et déléguer certaines tâches moins complexes à d'autres intervenants de la santé.

Malgré l'encadrement légal de la pratique infirmière, l'organisation du travail des infirmières diffère d'un établissement de la santé à un autre pour la raison suivante : les règles internes et le type de gestion sont fortement teintés par la culture de l'établissement.

Effectivement, des différences entre les deux centres hospitaliers ont été constatées en raison des deux cultures de gestion différentes. Au centre hospitalier francophone, l'organisation des soins fait en sorte que les infirmières travaillent en collaboration avec d'autres intervenants de la santé. Du côté du centre hospitalier anglophone, les infirmières sont plus autonomes dans l'organisation des soins. Ainsi, l'organisation du travail des infirmières et la composition des équipes de travail varient d'un établissement à un autre en fonction des règles internes. Ces dernières ne sont toutefois pas toujours adaptées aux nouvelles réalités prévues par les règles régissant les professions dans le secteur de la santé⁴⁰, ni aux outils mis en place pour valoriser la profession infirmière et le travail interdisciplinaire.

Nous constatons également que l'ensemble des établissements de santé du Québec sont aux prises avec d'importantes préoccupations budgétaires. Ces préoccupations ont un impact important sur l'orientation de certains projets d'optimisation mis en place.

Du côté du centre hospitalier francophone, les projets *Lean* ont été mis de l'avant pour réduire les pertes de temps et maximiser le rendement. À la lumière des résultats de notre étude, deux constats s'imposent : ces projets sont à géométrie variable d'un établissement à l'autre, puis, plutôt que de servir à améliorer l'organisation du travail, ils ont été mis en place pour réduire les coûts.

Le centre hospitalier anglophone partage les mêmes objectifs que le centre hospitalier francophone. Toutefois, on parle ici de projet TCAB. Ainsi, les deux

⁴⁰ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33; *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c I-8; *Code des professions*, RLRQ, c. C-26.

centres hospitaliers à l'étude expérimentent des projets d'optimisation différents qui, malgré tout, ont des conséquences similaires : surcharge de travail, insatisfaction des infirmières, ajout de formulaires à remplir. Ces problèmes réduisent considérablement le temps passé auprès de leurs patients. Bien que les problèmes vécus soient les mêmes, ils ne proviennent pas des mêmes sources.

Les infirmières du centre hospitalier francophone ressentent une surcharge de travail en raison du haut taux de roulement, du problème d'attraction et de rétention du personnel. Au centre hospitalier anglophone, la surcharge de travail vient du fait que les ratios patients-infirmiers sont inchangés depuis plusieurs années. Ces ratios sont devenus inadéquats pour répondre aux besoins des patients en raison de la recrudescence de cas lourds. Cet élément n'a pas été soulevé au sein du centre hospitalier francophone.

Les interlocuteurs du centre hospitalier francophone soulignent que la surcharge de travail est liée au déséquilibre des équipes de travail : l'infirmière doit maintenant collaborer avec des intervenants dont le champ d'exercice est plus limité. Ainsi, en l'absence d'une infirmière, l'équipe de soins se retrouve de facto surchargée. Pour assurer la présence d'au moins une infirmière dans l'équipe de soins – et la sécurité des patients – les gestionnaires recourent au TSO.

À la lumière des résultats concernant l'aménagement des temps de travail, plusieurs différences entre les deux centres hospitaliers ont été soulevées. Du côté francophone, la gestion des horaires est centralisée. Des commis aux horaires s'occupent de gérer les horaires du personnel soignant de plusieurs unités de soins à l'aide d'un logiciel. Au centre hospitalier anglophone, la gestion des horaires de travail est décentralisée : le personnel soignant de chacune des unités de soins est responsable de la gestion des horaires.

Une autre différence se situe sur le plan de la durée des quarts de travail. Du côté francophone, les quarts de travail sont de huit heures, sans rotation, alors que

du côté anglophone, la plupart des quarts de travail sont de douze heures, avec rotation. En cas d'absence momentanée, les deux centres hospitaliers à l'étude vérifient la nécessité de faire le remplacement. Si le remplacement est nécessaire, ils font appel à des infirmières ayant exprimé des périodes de disponibilité, recourent au temps supplémentaire, puis enfin au TSO.

Au sein des établissements du centre hospitalier anglophone, à l'exception d'un seul hôpital, le temps supplémentaire est assuré sur une base volontaire : le TSO n'est donc jamais utilisé. Les infirmières du centre hospitalier francophone, quant à elles, disposent de moins de latitude que les infirmières du centre anglophone sur le plan de leur horaire de travail. De plus, le recours au TSO génère chez les infirmières du centre hospitalier francophone une certaine perte de contrôle en matière de conciliation travail et vie personnelle des infirmières. De plus, le TSO est moins présent dans le centre hospitalier anglophone par le fait qu'il y a plus de quarts de travail de douze heures, comparativement aux quarts de travail de huit heures dans le centre hospitalier francophone. De ce fait, il devient impossible de demander aux infirmières de rester après leur quart de travail pour travailler un autre quart de douze heures supplémentaires.

À l'exception d'un seul hôpital du centre anglophone, les résultats montrent que le centre hospitalier francophone a plus souvent recours au TSO que le centre hospitalier anglophone. L'hôpital en question faisait originalement partie du centre hospitalier francophone et n'avait pas la même philosophie de gestion, ni les mêmes réalités que les autres établissements du centre hospitalier anglophone.

Les effets du TSO sont réels. La surcharge et l'insatisfaction au travail ainsi que la perte de contrôle sur le temps de travail ont causé une hausse des problèmes de santé mentale chez les infirmières. Ces derniers surpassent aujourd'hui largement les blessures musculo-squelettiques.

Enfin, le TSO est un enjeu important tant pour les gestionnaires que pour les acteurs syndicaux. Du côté du centre hospitalier francophone, les acteurs syndicaux estiment que la réduction du TSO passe par l'augmentation du nombre de postes à temps complet. Les gestionnaires, quant à eux, sont d'avis qu'il faudrait stabiliser les équipes pour diminuer le taux de roulement chez les infirmières. Au centre hospitalier anglophone, les acteurs syndicaux soulignent qu'il faudrait revoir les ratios infirmiers-patients : les infirmières sont surchargées et que cela affectent leur satisfaction au travail. Un autre enjeu qui les préoccupe est l'intégration des infirmières auxiliaires. Selon nos interlocuteurs, leur intégration doit se faire avec prudence : une infirmière auxiliaire ne remplace pas une infirmière.

Après avoir passé l'ensemble des résultats en revue, passons au chapitre final : la discussion et la conclusion.

CHAPITRE 5 - DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSION

Ce dernier chapitre, la discussion des résultats obtenus, nous permet de faire un retour sur les propositions de recherche émises au deuxième chapitre. Essentiellement, nous cherchons à confirmer ou à infirmer ces propositions de recherche en fonction des résultats obtenus. La deuxième partie du présent chapitre consiste à faire un retour sur la littérature : nous comparons les résultats obtenus aux recherches que nous avons recensées au premier chapitre. Ultimement, ce chapitre détermine si la réalisation de notre recherche parvient à répondre à la question de recherche suivante : **quelle est l'influence des formes d'organisation du travail mises en place dans le secteur de la santé du Québec sur les temps de travail, et plus précisément sur l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières?**

5.1 Retour sur les propositions de recherche

5.1.1 Il y a un lien entre les modes d'organisation du travail (VI) et le recours au TSO (VD).

Effectivement, les résultats obtenus appuient notre première proposition de recherche. D'abord, nous remarquons que les modes d'organisation diffèrent entre le centre hospitalier francophone et le centre hospitalier anglophone : parmi ces deux centres hospitaliers, un seul a recours au TSO.

Le centre hospitalier francophone recourt davantage au TSO que le centre hospitalier anglophone – à l'exception d'un seul hôpital récemment fusionné au centre hospitalier anglophone. Bien que la pratique professionnelle soit encadrée par la législation, notamment par la *Loi 90*, il revient au droit de gérance de prévoir l'organisation du travail des professionnels en soins et d'adapter les règles internes en conséquence. Les résultats montrent que certains éléments des modes

d'organisation du travail ont tendance à augmenter le recours au TSO : un taux élevé d'emploi à temps partiel chez les infirmières, la composition de l'équipe de soins, le type de quarts de travail (rotation ou non, huit ou douze heures), la philosophie de gestion et la culture de l'établissement, notamment.

Tel qu'indiqué au troisième chapitre, la majorité des équipes de soins du centre hospitalier francophone sont constituées d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires qui travaillent en interdisciplinarité. Or, lorsqu'une infirmière s'absente, il devient impératif de la remplacer ou d'obliger une infirmière à faire du temps supplémentaire : les autres intervenants ne sont pas autorisés à effectuer les tâches de l'infirmière. Du côté du centre hospitalier anglophone, les équipes de soins sont presque uniquement constituées d'infirmières. Lorsqu'une infirmière s'absente, le travail peut donc être redistribué aux autres infirmières de l'équipe et réorganisé sans devoir remplacer l'infirmière ou obliger une infirmière à faire du temps supplémentaire. Ces résultats nous permettent d'appuyer notre première proposition, laquelle indique qu'il y a un lien entre les modes d'organisation du travail et le recours au TSO.

Nous constatons aussi que les modes d'organisation du travail reposent en grande partie sur la philosophie de gestion et de la culture de l'établissement. Au centre hospitalier francophone, nous avons remarqué qu'il y a une culture qui prône le travail en interdisciplinarité où les équipes de soins se composent d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires depuis des années. Nous remarquons aussi, que la philosophie de gestion a un effet important sur le recours au TSO. Les gestionnaires du centre hospitalier francophone proviennent de moins en moins du domaine de la santé. Cela nous permet de penser qu'ils gèrent avec plus de détachement face à la profession et ont une gestion axée sur le contrôle des coûts. Or, l'implantation des projets d'optimisation *Lean* ont pour objectif la réorganisation du travail pour réduire les pertes de temps. Les résultats de notre recherche indiquent que ce mode d'organisation favorise la gestion en juste-à-temps

et l'organisation du travail avec le moins de ressources possibles. Ces deux facteurs augmentent le recours au TSO au sein du centre hospitalier francophone.

Au centre hospitalier anglophone, nous avons remarqué que la culture valorise la profession infirmière, ce qui peut expliquer pourquoi les équipes de soins ne sont composées que d'infirmières. C'est aussi ce qui explique que les infirmières sont autonomes dans leur pratique professionnelle pour organiser les soins. De plus, les gestionnaires des unités de soins sont encore, pour la plupart, des infirmières de profession qui ont une philosophie de gestion valorisant la profession infirmière et moins orientée sur le contrôle des coûts. Les unités de soins se composent principalement d'une infirmière chef et d'infirmières, qui elles, réalisent les plans de soins de chacun des patients et s'occupent de l'intégralité des soins donnés aux patients. Depuis l'intégration des infirmières auxiliaires au sein de certaines unités de soins, certaines commencent à travailler en interdisciplinarité. En cas d'absence ou de surcroît de travail, les infirmières réorganisent leur journée de travail entre elles, car elles ont toutes le même champ de pratique. Le TSO est donc peu utilisé au sein du centre hospitalier anglophone.

5.1.2 Les modes d'organisation du travail (VI) ont une influence sur l'aménagement des temps de travail (VM)

À la lumière des résultats obtenus, nous pouvons également soutenir notre deuxième proposition de recherche. Tel que mentionné au point précédent, les gestionnaires jouent un rôle discrétionnaire sur le plan de l'organisation du travail et l'aménagement des temps de travail. Comme l'aménagement des temps de travail est une matière négociée localement, les syndicats n'ont aucun pouvoir, ni de moyen de pression pour tenter de négocier avec la partie patronale. Malgré certaines clauses des ententes locales encadrant l'aménagement des heures et de la semaine, les gestionnaires peuvent organiser les horaires en fonction de leurs besoins.

Ainsi, nous constatons que les modes d'organisation du travail – *Lean*, par exemple, qui prônent une gestion en juste-à-temps – influencent certainement l'aménagement des temps de travail. Les résultats montrent qu'au sein du centre hospitalier francophone, où le modèle *Lean* est mis de l'avant, les horaires de travail des infirmières sont moins flexibles et plus imprévisibles. Ces effets sont le fruit de deux facteurs : leurs horaires sont gérés par des commis aux horaires, puis elles sont contraintes de faire du TSO. Du côté anglophone, comme les équipes sont composées majoritairement d'infirmières, ces dernières s'occupent elles-mêmes de la gestion de leur horaire. Ainsi, les infirmières qui travaillent au sein du centre hospitalier anglophone ont des horaires de travail plus prévisibles et jouissent d'une meilleure conciliation travail et vie personnelle.

5.1.3 L'aménagement des temps de travail (VM) modère soit de manière positive ou négative la relation qu'il y a entre les modes d'organisation du travail (VI) et du temps supplémentaire obligatoire (VD)

Les résultats obtenus appuient la proposition selon laquelle l'aménagement des temps de travail modère de manière positive la relation entre les modes d'organisation du travail et le recours au TSO. D'abord, tel que mentionné dans la section 5.1.1, nous pouvons dire qu'il existe une relation entre les modes d'organisation du travail et le recours au TSO. Ensuite, nous cherchions à savoir si l'aménagement des temps de travail modère de manière positive ou négative cette relation. Nous constatons que plus les temps de travail s'éloignent des horaires collectifs uniformes et plus ils sont atypiques, plus l'effet de la relation entre les modes d'organisation du travail et le recours au TSO s'accroît.

Les résultats montrent un lien entre les horaires de travail imprévisibles et les modes d'organisation *Lean* ou en juste-à-temps, qui offrent plus de flexibilité aux gestionnaires. Ces éléments sont directement liés au TSO. Ainsi, nous pouvons confirmer notre troisième proposition de recherche. Cette dernière indique que plus

l'aménagement des temps de travail est atypique, plus le lien entre les modes d'organisation du travail et le recours au TSO est fort.

Maintenant que nous avons discuté de nos propositions de recherches, nous revenons sur notre revue de la littérature afin de mettre en lumière ce que notre recherche appuie et apporte comme nouvelles connaissances en la matière.

5.2 Retour sur la littérature

Pour clore ce dernier chapitre, nous revenons à la revue de la littérature présentée au premier chapitre afin de comparer les résultats de notre recherche à ceux de la littérature. La présente section se divise en quatre sections : les résultats concernant les modes d'organisation du travail, les formes d'emplois, les effets sur les travailleurs et, en dernier lieu, le temps supplémentaire et le TSO.

5.2.1. Retour sur la littérature concernant les modes d'organisation du travail

À la suite de notre recherche, les résultats obtenus concernant l'organisation du travail des infirmières au sein du centre hospitalier francophone appuient les résultats des travaux de recherche de Laforest, 2011, Lapointe et al. 2000 et Sarazin, 2013. Ces résultats montrent que les modèles d'organisation du travail, tels le *Lean*, sont utilisés pour « standardiser » les soins autour des objectifs suivants : réduire les pertes de temps, organiser le travail de façon plus efficace et éliminer les soins et les traitements inutiles. Ainsi, dans le contexte de contrainte budgétaire actuel, la réduction des coûts passe par la suppression des soins et traitements inutiles, permettant d'écourter les périodes d'hospitalisation. Nos résultats confirment aussi les écrits de Lapointe et al. 2000. Le centre hospitalier francophone valorise le travail d'équipe interdisciplinaire, ce qui permet aux infirmières de déléguer certaines tâches moins complexes aux infirmières auxiliaires et aux préposées aux bénéficiaires.

La réalisation de la présente recherche ajoute aux connaissances existantes qui indiquent que la philosophie de gestion et la vision influencent grandement la mise en place de certains projets d'optimisation liés à l'organisation du travail. Dans les établissements du centre hospitalier anglophone, les projets TCAB sont mis de l'avant pour éliminer les pertes de temps et mieux réorganiser les soins. Les infirmières peuvent donc passer plus de temps au chevet des patients. De plus, comme la plupart des gestionnaires du centre hospitalier anglophone sont issus du milieu des soins infirmiers, ils valorisent la profession infirmière. C'est la raison pour laquelle les équipes de travail sont encore aujourd'hui majoritairement composées d'infirmières bachelières. Ainsi, l'organisation du travail dans le centre hospitalier anglophone diffère de celle adoptée par le centre hospitalier francophone, où les équipes travaillent davantage en interdisciplinarité. Les résultats du centre hospitalier francophone révèlent qu'un nombre grandissant de gestionnaires proviennent de domaines non connexes à celui de la santé – du domaine de l'ingénierie, par exemple. Par conséquent, ces gestionnaires sont plus détachés et priorisent les budgets au détriment de la profession.

5.2.2 Retour sur la littérature concernant les formes d'emplois

Conformément à la lettre d'entente de la convention collective 2011-2015 qui prévoyait une réduction de 40% du recours à la main d'œuvre indépendante, les centres hospitaliers à l'étude n'ont pas eu recours à de la main d'œuvre indépendante. Seul un hôpital fusionné au centre hospitalier anglophone y a eu recours, mais il fait figure d'exception.

La revue de la littérature nous a révélé que 60% des infirmières au Québec travaillaient à temps complet contre 40% à temps partiel. Selon nos résultats, au centre hospitalier francophone, la structure de poste est la suivante : environ 40% des infirmières occupent un poste à temps complet, alors que 60% sont à temps partiel. Toutefois, les gestionnaires interviewés ont indiqué vouloir inverser cette

situation afin de faire passer à 60% les postes à temps complet et à 40% les postes à temps partiel. Selon les acteurs syndicaux, la structure de poste idéale serait la suivante : 75% d'infirmières à temps complet et 25% d'infirmières à temps partiel.

Au sein du centre hospitalier anglophone, les postes à temps complet sont davantage valorisés : près de 65% des infirmières sont à temps plein contre 35% à temps partiel. Ces résultats sont similaires aux statistiques détaillées initialement dans la revue de la littérature. Bien que plusieurs infirmières occupent un poste à temps partiel, la plupart d'entre elles arrivent à travailler à temps complet en se rendant disponible pour faire du temps supplémentaire.

5.2.3 Retour sur la littérature concernant les effets des changements organisationnels sur les travailleurs

Les entretiens que nous avons réalisés illustrent plusieurs effets répertoriés dans la revue de la littérature. Les changements organisationnels, les nouvelles formes d'emploi ainsi que la restructuration du réseau de la santé du Québec ont inmanquablement eu des effets néfastes sur les conditions de travail des infirmières. Il s'agit de facteurs d'intensification du travail.

Les résultats de nos entretiens appuient ceux de Dubois et Dussault, (2002/3), Boivin (2012) et Shields et Wilkins (2006). Ces derniers indiquent que les changements organisationnels ont entraîné des changements sur le plan de la gestion, mais également une surcharge de travail chez les infirmières. Dubois & Dussault (2002/3) tout comme notre étude, montrent que les multiples réformes du secteur de la santé sont une des causes de changements dans la pratique professionnelle infirmière.

Le rôle des infirmières s'est transformé peu à peu, et de par leurs obligations professionnelles, et elles jouent aujourd'hui un rôle davantage administratif qui dénature leur profession : elles n'ont plus l'impression d'avoir le temps de soigner

leurs patients (Synd2; Synd3, Synd4, francophone). Tel que constaté dans la revue de la littérature (Acker, 2005; Laforest, 2011; Raveyre & Ughetto, 2002), la surcharge travail des infirmières s'explique des façons suivantes : l'augmentation des protocoles et des rapports écrits, les délais plus courts dus à la réorganisation de la pratique, et la mise en place de projets d'optimisation comme le *Lean*.

La comparaison entre le centre hospitalier francophone et le centre hospitalier anglophone permet d'ajouter à l'état des connaissances actuelles différents facteurs à l'origine de l'intensification du travail des infirmières. Du côté francophone, les résultats montrent que l'intensification du travail des infirmières s'explique principalement en raison du haut taux de roulement lié au problème d'attraction et de rétention des infirmières, ce qui crée de l'instabilité dans les équipes de travail (Synd1, FI; Synd2, Synd3, Synd4, francophone). De côté du centre hospitalier anglophone, la surcharge de travail est plutôt causée par une inadéquation entre le nombre de patients et le nombre d'infirmières, les ratios infirmière-patients demeurés les mêmes depuis une vingtaine d'années (Synd5, Synd6, anglophone). Ces pressions temporelles, combinées à la surcharge de travail, ont pour effet de minimiser l'importance de certaines valeurs propres à la profession infirmière – la dimension humaine et relationnelle – et minent la satisfaction professionnelle des infirmières (Laforest, 2011; Lapointe et al., 2000; Synd2, francophone).

Somme toute, nous remarquons que l'insatisfaction des infirmières est générée d'une part par la surcharge de travail, et d'autre part par la gestion en juste-à-temps. Ce type de gestion, observé dans le centre francophone, génère un sentiment d'insatisfaction lié à l'imprévisibilité et l'absence de contrôle sur le temps consacré à la vie personnelle (Boivin, 2012). À l'opposé, les résultats indiquent qu'au sein du centre hospitalier anglophone, la satisfaction des infirmières provient justement de la flexibilité associée à l'autogestion de leur horaire de travail. Cela leur permet d'avoir un meilleur contrôle sur la conciliation travail et vie personnelle. Non seulement l'autogestion des horaires a-t-elle un effet positif sur la satisfaction des

infirmières, mais elle a un effet tout aussi bénéfique sur le taux d'attraction et de rétention des infirmières du centre hospitalier anglophone.

5.2.4 Retour sur la littérature concernant le temps supplémentaire et le TSO

Au moment du recensement de la littérature liée au TSO dans le secteur de la santé, peu de recherches avaient été réalisées, bien que le phénomène soit connu et médiatisé. Seuls les effets causés par le TSO avaient fait l'objet de recherches. La réalisation de notre recherche contribue donc à l'avancement des connaissances : nos rencontres avec des acteurs syndicaux et des gestionnaires de deux centres hospitaliers différents nous ont permis de comprendre pourquoi certains établissements de la santé recourent davantage au TSO que d'autres.

La revue de la littérature démontrait que le recours au TSO constituait une solution pour répondre à des besoins ponctuels en cas d'absences momentanés ou en surcroît de travail (Shannon & French, 2005). Or, notre recherche lève le voile sur le fait que le recours au TSO ne se limite pas qu'aux besoins ponctuels. Selon un acteur syndical que nous avons rencontré (Synd2, francophone), le recours au TSO est souvent planifié à l'avance, sachant qu'il manque de ressources et qu'il n'y a pas suffisamment de postes à temps complet.

Selon un interlocuteur, depuis le virage ambulatoire, vers la fin des années 1990, le TSO est un phénomène omniprésent dans le système de santé québécois (Synd2, francophone). Tel que mentionné précédemment dans la présentation des résultats, plusieurs postes d'infirmières ont été abolis vers la fin des années 1990. Depuis, les établissements recourent au TSO pour pallier le manque de ressources (Synd2, francophone). Plusieurs des interlocuteurs rencontrés indiquent que la diminution du TSO passe par une inversion de la structure de poste actuelle : il faudrait donc que 65% des infirmières occupent un poste à temps plein et que 35% occupent un poste à temps partiel. Les résultats montrent que le centre hospitalier

francophone recourt davantage au TSO que le centre hospitalier anglophone, notamment en raison du plus grand nombre de postes à temps partiel chez les infirmières. Notre recherche permet donc de conclure que la structure de poste a une influence sur le recours au TSO.

Suite à notre recherche, nous n'avons malheureusement pas pu recueillir de données précises concernant l'utilisation du TSO au sein des deux centres hospitaliers. La raison en est que le TSO n'est pas comptabilisé séparément du temps supplémentaire. Selon la revue de la littérature, 28,3% du personnel infirmier au Québec travaillerait plus de quarante heures par semaine (Shields & Wilkins, 2006). Ces statistiques ne précisent pas s'il s'agit de TSO ou simplement de temps supplémentaire volontaire. À la lumière de notre recherche, les interlocuteurs pouvaient difficilement nous renseigner quant à la fréquence exacte au TSO. Nous n'avons pu recueillir que des données qualitatives témoignant d'un usage fréquent ou non du TSO dans les deux centres hospitaliers. Les interlocuteurs du centre hospitalier anglophone ont indiqué que seuls quelques cas isolés de TSO avaient été observés.

Après avoir comparé les deux centres hospitaliers, nous avons constaté que la philosophie de gestion et la composition de l'équipe de soins avaient une grande influence sur le recours au TSO. Du côté du centre hospitalier francophone, le TSO est plus fréquent. Les gestionnaires ont pour philosophie d'intégrer des infirmières auxiliaires et le travail est effectué en interdisciplinarité pour décharger les infirmières dans certaines tâches moins complexes. Toutefois, les limites du champ de pratique des infirmières auxiliaires font en sorte que les infirmières sont souvent sollicitées en TSO pour assurer la sécurité des patients (Gest4, Gest5, francophone). Dans le seul hôpital du centre hospitalier anglophone où le TSO est plus fréquent, les équipes de soins sont composées majoritairement d'infirmières auxiliaires et de peu d'infirmières. De façon générale, les autres établissements du centre hospitalier anglophone n'ont pas recours au TSO. Les équipes de travail ne sont composées que d'infirmières, ou

presque, et comme elles peuvent pratiquer les mêmes actions, elles arrivent à réorganiser les soins entre elles en cas d'absence (Synd5, Synd6, anglophone).

La réalisation de la présente recherche nous a permis de répertorier certains enjeux concernant le TSO. Ces derniers sont des sujets de préoccupation tant pour les gestionnaires que pour les syndicats des deux centres hospitaliers. Les deux parties souhaitent effectivement réduire le recours au TSO.

Trois principaux enjeux liés à la réduction du TSO ont été révélés au cours de nos entretiens. D'abord, les acteurs syndicaux et les gestionnaires s'entendent à l'effet qu'il faudrait revoir la structure de postes en vue d'augmenter le nombre de postes à temps complet. Cela occasionnerait une certaine stabilité en emploi qui, par conséquent, réduirait le recours au TSO.

Le deuxième enjeu porte sur les ratios infirmiers-patients, qui n'ont pas évolué depuis une vingtaine d'années. Ces ratios ne sont plus adéquats en raison du nombre grandissant de cas lourds au sein des hôpitaux. Les infirmières sont surchargées en raison du nombre élevé de patients à leur charge. Elles finissent par s'épuiser, ce qui pousse plusieurs d'entre-elles à prendre des congés de maladie, voire même à quitter la profession. Or, pour pallier ce manque, les infirmières sont appelées à faire du TSO. Réajuster les ratios infirmiers-patients en fonction des besoins des patients d'aujourd'hui est un enjeu important pour éviter une hausse des cas d'épuisement et limiter le recours au TSO.

Le troisième enjeu concerne l'intégration des infirmières auxiliaires dans les équipes de soins. Selon nos interlocuteurs, ces dernières sont des professionnelles qui ont leur place dans les équipes de soins. Toutefois, en raison de leur champ d'exercice plus limité que les infirmières, les acteurs syndicaux estiment qu'il faut gérer avec prudence leur intégration dans les équipes de soins. Ces derniers rappellent que le seul hôpital du centre hospitalier anglophone où il y a du TSO, les équipes de travail sont composées de plus d'infirmières auxiliaires que d'infirmières.

Dans les autres établissements du centre anglophone, il y a peu d'infirmières auxiliaires, et pas de TSO. Par ailleurs, en comparant les résultats des deux centres hospitaliers à l'étude, nous constatons que le centre hospitalier francophone a davantage recours au TSO que le centre hospitalier anglophone, et qu'il compte également plus d'infirmières auxiliaires dans ses rangs. Pour ces raisons, les acteurs syndicaux craignent l'intégration des infirmières auxiliaires au sein des équipes de soins du centre hospitalier anglophone.

Au commencement de notre recherche, en nous basant sur la littérature, nous avons dressé un portrait des différents effets que pourraient occasionner le TSO chez les infirmières : fatigue, diminution du jugement, augmentation du risque d'accidents de travail et d'erreurs médicales, augmentation du taux d'absentéisme et dégradation des conditions de travail faisaient tous partie du lot (Desombre et al., 2006; Olds & Clarke, 2010; Shannon & French, 2005). À la lumière de nos recherches et entretiens au sein des deux centres hospitaliers, nous avons constaté sensiblement les mêmes résultats. Toutefois, les gestionnaires que nous avons rencontrés estiment qu'il est difficile d'établir une relation entre les erreurs médicales et le TSO puisqu'aucune corrélation ne le démontre (Gest1, RSSS; Gest4, Gest5, francophone). D'autres facteurs – l'âge des infirmières, l'expérience du personnel et la qualité des patients, par exemple – peuvent influencer la relation entre le TSO et les erreurs médicales. Enfin, toujours selon nos interlocuteurs, il est difficile d'isoler la variable TSO.

Les interlocuteurs syndicaux du centre hospitalier francophone ont remarqué une hausse du taux de roulement depuis l'usage accru au TSO. Cette conséquence est directement liée au haut taux d'insatisfaction au travail et à la recrudescence des problèmes de santé mentale chez les infirmières. Au centre hospitalier anglophone, la stratégie de gestion repose sur la réorganisation des soins entre les infirmières déjà sur place. Or, même si cette stratégie de gestion crée une surcharge de travail, les infirmières acceptent de travailler avec moins de ressources plutôt que de recourir au TSO.

Enfin, revenons à l'essence même de cette recherche, soit la question de recherche : *quelle est l'influence des formes d'organisation du travail mises en place dans le secteur de la santé du Québec sur les temps de travail, et plus précisément sur l'utilisation du temps supplémentaire obligatoire auprès des infirmières?* La réalisation de notre recherche fait ressortir plusieurs éléments explicatifs qui permettent de comprendre pourquoi certains établissements recourent plus souvent au TSO que d'autres. Ci-dessous, nous dressons un portrait faisant ressortir ces éléments explicatifs ainsi que certains résultats que nous n'avions pas anticipés et ayant un effet sur le recours au TSO.

5.3 Éléments influençant le recours au TSO

À travers les résultats que nous avons recueillis, nous constatons que trois éléments majeurs caractérisant les formes d'organisation du travail et l'aménagement des temps de travail mis en place dans les deux centres hospitaliers étudiés ont une influence sur le recours au TSO.

5.3.1 La culture organisationnelle

D'abord, nous constatons que les deux centres hospitaliers que nous avons étudiés ne partagent pas la même culture organisationnelle. Qui plus est, seul le centre hospitalier francophone vit une réelle problématique liée au TSO. La culture organisationnelle peut expliquer en partie ce recours accru au TSO dans le centre hospitalier francophone. Nous n'avions pas anticipé ce résultat, mais nous constatons que dépendamment de la culture organisationnelle, la pratique infirmière et l'organisation des soins diffèrent et créent leur lot d'effets sur l'aménagement des temps de temps, notamment sur le recours au TSO. Nous avons remarqué qu'au sein du centre hospitalier anglophone, où il n'y a que très peu de recours au TSO, règne une culture qui valorise la profession infirmière. De par cette culture, la majorité des

infirmières sont des infirmières bachelières. Elles partagent toutes le même champ d'exercices et elles exercent leur pratique infirmière de façon autonome, c'est-à-dire qu'elles s'occupent de l'intégralité des soins des patients. En valorisant la profession infirmière, nous constatons que le centre hospitalier anglophone privilégie une structure de postes offrant plus d'emplois à temps complet qu'à temps partiel. Privilégiant aussi des quarts de travail de douze heures, il devient impossible aux gestionnaires d'obliger les infirmières à rester après leur quart de travail en temps supplémentaire. Aussi, au niveau de l'aménagement des temps de travail, le centre hospitalier anglophone privilégie l'autogestion des horaires de travail. Ce faisant, les infirmières ont un meilleur contrôle sur leur temps de travail et hors travail, et les horaires de travail sont moins imprévisibles.

Inversement, au centre hospitalier francophone, il règne une culture du travail en interdisciplinarité. L'organisation du travail se fait en équipe de travail entre les infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires. N'ayant pas toutes le même champ d'exercice, les infirmières sont plus à risque de devoir faire du TSO en cas de surcroît de travail ou d'absence momentanée, afin d'assurer les soins donnés aux patients. Également, nous avons remarqué que par la culture organisationnelle, la majorité des infirmières occupent un emploi avec des quarts de travail de huit heures plutôt que de douze heures. Ces quarts de huit heures offrent la possibilité aux gestionnaires d'obliger une infirmière à rester en TSO jusqu'à concurrence de seize heures de travail continues, si tel est le besoin. En conséquence, nous remarquons que les infirmières du centre hospitalier francophone détiennent moins de contrôle sur leur temps de travail et hors travail. De plus, l'aménagement des temps de travail est centralisé par des commis aux horaires, ce qui fait en sorte que les infirmières détiennent moins de contrôle sur leur temps de travail et par le fait même, qu'elles soient plus soumises au TSO.

5.3.2 La philosophie de gestion

Un deuxième élément explicatif du TSO repose sur la philosophie de gestion du gestionnaire des unités de soins. Nous remarquons que les gestionnaires du centre hospitalier francophone proviennent de moins en moins du domaine de la santé. Ils arrivent à gérer avec plus de détachement face à la profession et ils ont une gestion axée sur le contrôle des coûts. Tel que vu à travers les résultats obtenus, au centre hospitalier francophone, la réalisation de certains projets *Lean* passe par l'adoption d'une philosophie de gestion en juste-à-temps. La gestion en juste-à-temps semble viser le respect des budgets plutôt que l'amélioration des processus de travail des infirmières. Par conséquent, nos résultats suggèrent que les infirmières du centre hospitalier francophone sont plus contraintes de devoir faire du TSO que leur collègues infirmières travaillant au centre hospitalier anglophone, où les gestionnaires d'unité sont pour la plupart infirmières de profession. Ces gestionnaires ayant pratiqué la profession infirmière seraient plus sensibles aux réalités de la profession et valoriseraient plus la pratique infirmière que le contrôle des coûts. Ainsi, la philosophie de gestion du gestionnaire aurait une influence sur les modes d'organisation mis en place et sur l'aménagement des temps de travail qui influencent notamment le recours au TSO.

5.3.3 L'autonomie de la gestion des soins

Enfin, le troisième élément explicatif du recours au TSO qui ressort de notre recherche est l'autonomie de la gestion des soins. Tel que présenté un peu plus tôt, dépendamment des pratiques internes de chacun des établissements, la pratique infirmière s'organise différemment. Au centre hospitalier anglophone, les infirmières pratiquent leur profession de manière autonome en s'occupant de l'intégralité des soins dispensés aux patients. Comme les équipes de soins ne se composent que d'infirmières, qui partagent toutes le même champ d'exercice, en cas d'absence spontanée ou en cas de surcroît de travail, elles arrivent à réorganiser les soins entre

elles sans devoir recourir au TSO. Du côté du centre hospitalier francophone, ce n'est pas du tout la même réalité. Les infirmières du centre hospitalier francophone travaillent en dyade avec les infirmières auxiliaires et même parfois en trio avec les préposées aux bénéficiaires. Il est plus difficile de réorganiser le travail au sein de l'équipe en cas d'absence de l'infirmière puis que les infirmières auxiliaires et les préposés n'ont pas les mêmes domaines de pratique. Nous constatons que dépendamment de la composition de l'équipe de travail, l'autonomie de la gestion des soins diffère grandement et cela influence le recours au TSO. Les résultats suggèrent que plus les infirmières sont autonomes dans leur pratique, moins il est nécessaire de recourir au TSO.

La littérature suggère que le recours accru au TSO, important dans le secteur de la santé, caractérise d'autres secteurs d'activité. Les trois éléments explicatifs influençant le recours au TSO qui ressortent de nos résultats pourraient permettre de comprendre les raisons expliquant le recours au TSO dans d'autres secteurs d'activités.

Pour conclure le présent mémoire, nous dressons un portrait des limites de notre recherche et des pistes de réflexion pour de futures recherches sur le TSO dans le secteur de la santé.

5.4 Limites de la recherches et pistes de réflexion futures

5.4.1 Limites de la recherche

Nous identifions trois principales limites liées à notre recherche. D'une part, il s'agit d'une recherche qualitative où nous avons, entre autres, traité des données tirées de huit entretiens réalisés auprès de onze intervenants. Malgré l'analyse rigoureuse des données qualitatives, il existe un risque lié à l'interprétation du chercheur, mais aussi un risque lié à l'impartialité des intervenants. Toutefois, étant donné le peu de recherche sur le TSO, nous devons user de flexibilité afin de

récolter beaucoup d'informations. Par conséquent, nous avons décidé de réaliser une recherche qualitative par entretiens.

La deuxième limite repose sur la validité externe : nous ne pouvons généraliser les résultats de notre recherche sur la base de deux centres hospitaliers parmi tous les établissements du secteur de la santé du Québec. Le même constat s'impose concernant les intervenants : seuls onze employés du secteur de la santé ont participé aux entretiens.

Enfin, la dernière limite de notre recherche provient des changements constants imposés aux établissements du secteur de la santé. Il est difficile de poser un diagnostic concernant une situation à un instant précis en raison des nombreux changements occasionnés par les réformes. D'ailleurs, notre étude s'est déroulée en période de changements liés à la réforme de 2015. Comme nos données ont été recensées en 2014, nous ne pouvons prévoir l'impact de la réforme de 2015 sur l'organisation du travail et le recours au TSO.

Finalement, l'énumération de ces limites de recherches nous amène à dresser quelques pistes de réflexion pour la réalisation de futures recherches.

5.4.2 Piste de réflexion futures

D'abord, tel que mentionné dans la synthèse des résultats, l'organisation du travail dépend beaucoup de la culture propre à un établissement. Il serait pertinent, à lors de recherches ultérieures, d'approfondir les connaissances liées à la culture des différents établissements du secteur de la santé. De plus, il serait intéressant de tenir compte de la réalité propre aux différents établissements de santé lors de recherches futures. Nous avons constaté, au fil de notre recherche, que les règles internes et les ententes locales ont un impact sur l'organisation du travail et l'aménagement de

temps des établissements. Enfin, compte tenu de la réforme de 2015, il serait pertinent d'étudier ses impacts sur l'organisation du travail et sur le recours au TSO.

BIBLIOGRAPHIE

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'Hôpital. *Revue française des affaires sociales*(n°1), 161-181. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-161.htm>
- Arrowsmith, J., & Mosse, P. (2000). Health Care Reform and the Working Time of Hospital Nurses in England and France. *European Journal of Industrial Relations*, 6(n°3), 283-306.
- Bae, S.-H. (2012). Nursing Overtime: Why, How Much, and Under What Working Conditions? *Nursing Economic\$, 30*(n°2), 60-71.
- Bernier, J. (2011). *L'industrie des agences de travail temporaire : avis sur une proposition d'encadrement*. Cahier de tranfert CT-2011-001, (1-62) ARUC, Québec : Université Laval.
- Bernier, J., Vallée, G., & Jobin, C. (2003). *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle*, Rapport du Comité d'experts chargé de se pencher sur les besoins de protection sociale des personnes vivant une situation de travail non traditionnelle (. 414-445; 516-536). Québec: Gouvernement du Québec.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Boivin, J., Grenier, J.-N. (2011). La négociation collective dans le secteur public au Québec. Dans J.-G. Bergeron, R. Paquet (dir.), *La négociation collective* (2^e éd., chapitre 7, p. 174-206). Montréal : Chenelière éducation.
- Boivin, L. (2012). Entre précarité et flexibilité: réflexion sur la situation des femmes en emploi. *Regards sur le travail*, 8(1), 1-14.
- Bolduc, F. (2013). *Impact de la réforme du réseau québécois de la santé et des services sociaux (2003) sur la représentation qu'ont les gestionnaires de leur travail*. (Doctorat), Université de Montréal, Montréal.
- Bolduc, F. (2015). La décentralisation des négociations dans le secteur de la santé et des services sociaux québécois: qu'en disent les gestionnaires locaux? *Relations industrielles*, 70 (1), 110-130. doi: 10.7202/1029282ar
- Bouffartigues, P., & Bouteiller, J. (2002). L'érosion de la norme du temps de travail. *Travail et Emploi*, (92), 43-55.
- Bouffartigues, P., & Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. *Temporalité*, (4), 1-15.
- Bougie, M. (2007). *La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par les infirmières en centre hospitalier*. (Maîtrise), Université de Montréal Montréal.
- Bougie, M., & Cara, C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire. *Perspective infirmière*, 5(n°8), 32-40.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., Masse, B. & Blanchette, C. (2005). Psychological work environment and certified sick leave among nurses during organizational changes and downsizing. *Relations industrielles/ Industrial Relations*, 60(n°3), 483-509.

- Bourhis, A., & Wils, T. (2001). L'éclatement de l'emploi traditionnel: Les défis posés par la diversité des emplois typiques et atypiques. *Relations industrielles* 56(n°1), 66-91.
- Breton, P. (2013). Heures supplémentaires obligatoires: les infirmières du CHUM au bout du rouleau, *La Presse* (15 novembre 2013).
- Bunel, M., Dayan, J.-L., Desage, G., Perraudin, C., & Valeyre, A. (2008). *Formes d'organisation du travail et relations de travail* (Rapport n°53). Noisy-le-Grand, France : Centre d'études de l'emploi.
- Bureau international du Travail. (2011). *Le temps de travail au XXI^e siècle*: Rapport soumis pour discussion à la Réunion tripartite d'experts sur l'aménagement du temps de travail, Genève, 17-21 octobre 2011 / Bureau international du Travail / Programme des activités sectorielles, Genève, BIT, 2011.
- Cottrell, M., Letremy, P., Macaire, S., Meilland, C., & Michon, F. (2002). Le temps de travail des formes particulières d'emploi. *Économie et Statistique* (352-353), 169-189.
- Coutu, M., Marceau, G., Coiquaud, U., Fontaine, L.-L. (2014). *Droits des rapports collectifs du travail au Québec* (2^e éd.) Cowansville (Québec): Yvon Blais.
- Dayan, J.-L., Desage, G., Perraudin, C., & Valeyre, A. (2008). 15. La Pluralité des modèles d'organisation du travail, source de différenciation des relations de travail. *La Découverte | Recherches*, 334-352.
- De Coninck, F., et al. (2006). Les transformations du travail collectif l'impact de l'aménagement et de la réduction du temps de travail dans une administration. *Société contemporaines*, 1(n°61), 119-139.
- Denton, M., Urla Zeytinoglu, I., Davies, S., & Lian, J. (2002). Job Stress and Job Dissatisfaction of Home Care Workers in the Context of Health Care Restructuring. *International Journal of Health Services*, 32(n°2), 327-357.
- Desombre, T., Kelliher, C., Macfarlane, F., & Ozbilgin, M. (2006). Re-Organizing work roles in health care: Evidence from the implementation of functional flexibility. *British Journal of Management*, (17), 139-151.
- Dubois, C.-A., & Dussault, G. (2002/3). La politique des ressources humaines et la transformation des systèmes de soins. *Gestion*, (27), 57-63.
- Foropon, C., Landry, S., Beaulieu, M., & McLachlin, R. (2013). La démarche lean au coeur des établissements de santé. L'initiative d'un hôpital canadien. *Gestions hospitalières* (n°528), 410-413.
- Fudge, J., Tucker, E., & Vosko, L. F. (2003). Employee or independant contractor? Charting the legal significance of the distinction in Canada. *Canadian Labour and Employment Law Journal* (10:2), 193-239.
- Gavard-Perret, M.-L., & Helme-Guizon, A. (2008). Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative. Dans M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, A. Jolibert (dir.), *Méthodologie de la recherche: réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion* (Chap.7, p. 247-274). France : Pearson Education.
- Genin, É. (2007). *La porosité des temps chez les cadres*. (Doctorat), École des Hautes Études Commerciales, Montréal.

- Grinspun, D. (2003). Part-time and casual nursing work: The perils of health care restructuring. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(n°8/9), 54-80.
- Institut de la statistique du Québec (2016). *État du Marché du travail au Québec Bilan de l'année 2015*, Gouvernement du Québec.
- International Labour Office (2016). *Non-standard employment around the world: Understanding challenges, shaping prospects*, Genève, ILO, 2016.
- Kattenbach, R., Demerouti, E., & Nachreiner, F. (2010). Flexible working times: effects on employees' exhaustion, work-nonwork conflict and job performance. *Career Development International*, 15(3), 279-295. doi: 10.1108/13620431011053749
- Laberge, M., & Montmarquette, C. (2009). *Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec*. Rapport de projet du CIRANO (2009RP-01). Montréal, Canada : CIRANO. Récupéré : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2009RP-01.pdf>
- Laforest, T. (2009). Agir sur l'organisation du travail au niveau local. In FIQ (Ed.), (Vol. 2).
- Laforest, T. (2009). Plan thérapeutique infirmier. Un nouveau levier syndical: Le PTI. Fascicule organisation du travail. In FIQ (Ed.), (Vol.2).
- Laforest, T. (2011). Des modèles de gestion à connaître: Lean, Six Sigma et Lean Six Sigma. In Fédération Interprofessionnelle de la Santé du Québec (Ed.), (Vol.6).
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Bernard Malo, F., & Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(n°2), 164-180.
- Lorenz, E., & Valeyre, A. (2005). Les formes d'organisation du travail dans les pays de l'Union européenne. *Travail et Emploi* (n°102), 91-105.
- Marchand, A. (2013, avril). *L'analyse qualitative de données*. Communication présentée dans le cadre du cours REI-6601, Université de Montréal.
- Martin, J. (2010). Outil favorisant l'interdisciplinarité: L'ordonnance collective. Fascicule organisation du travail. In FIQ (Ed), (Vol.5).
- Michon, F. (2005). Longues durées de travail, temps flexibles, temps contraints. Les nouveaux enjeux du temps de travail. *Revue de L'IRES*, (49), 9-33.
- Miles, M.B. & Huberman, A. M. (2003). *Analyse de données qualitatives* (2^e édition). Belgique: Sage Publications, Inc.
- Morin, F., Brière, J.-Y., Roux, D., Villagi, J.-P. (2010). *Le droit de l'emploi au Québec* (4^e édition). Montréal: Wilson & Lafleur Ltée.
- O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Tomblin Murphy, G., Birch, S., & Meyer, R. (2005). *Nursing workforce planning : mapping the policy trail* (Issue 2). Genève, Suisse : ICN - International Council of Nurses.
- Olds, D. M., & Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, (41), 153-162.
- Québec (2000). *Les solutions émergentes - Rapport et recommandations* (Rapport Clair), Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux: Québec.

- Québec (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec: Les publications du Québec.
- Québec (1970). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Raveyre, M., & Ughetto, P. (2002). *On est toujours dans l'Urgence: surcroît ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail?* Communication présentée au Colloque « Organisation, intensité du travail, qualité du travail », Noisy-le-Grand, Paris. Repéré à http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/2007/sentiment_intensification_travail_ires_ughetto_raveyre_chsct.pdf
- RNAO. (2001). *Earning Their return: When & Why Ontario RNs Left Canada, and What Will Bring Them Back*. Toronto, Canada : Registered Nurses Association of Ontario.
- Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health Affairs*, 23 (n°4), 202-212.
- Sarazin, B. (2013). Les méthodes d'organisation du travail: le Lean en question. *Travail et changement* (351), 1-16.
- Shannon, V., & French, S. (2005). The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes. *Nursing Inquiry* (12), 231-239.
- Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 : résultats* (Publication n°83-003-XPF). Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/NHSRep06_FR.pdf
- Tessier, M. (2009). Révision du système professionnel, les impacts de la Loi 90. Fascicule 1 Organisation du travail. In FIQ (Ed.).
- Tournoud, D., & Montigny, A. (2004). La réduction du temps de travail dans un hôpital public : L'autonomie des services en question. Paris, France : École des mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique.
- Vallée, G. (2010). Les nouvelles formes d'emploi et le «brouillage» de la frontière entre la vie de travail et la vie privée: jusqu'où va l'obligation de disponibilité des salariés? *Lex Electronica*, 15(2), 1-34.
- Villeneuve, J. (2012). Une avancée dans le secteur de la santé et des services sociaux. *OBJECTIF PRÉVENTION*, 35(N°3), 16-17.
- Winslow Taylor, F. (1967). *La direction scientifique des entreprises*. Verviers (Belgique): Marabout service.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research : Design and Methods*. (4^e éd., vol.5). USA : Sage Publications, Inc.

Législation et réglementation citées

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q., 1981, c.I-8, r.4, remplacé par *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, c.I-8, r.9 (entré en vigueur le 22 octobre 2015)

Code des professions, RLRQ, c. C-26.

Code du travail, RLRQ, c. C-27.

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, L.Q. 2003, c. 25, maintenant RLRQ, c. U-0.1.

Loi de l'assurance-hospitalisation, S.Q. 1960-61, c. 78, maintenant *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, RLRQ, c. A-28.

Loi de l'assurance maladie, L.Q. 1970, c. 37 maintenant *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, L.Q. 2015, c. 1, maintenant RLRQ, c. O-7.2

Loi regroupant la Commission de l'équité salariale, la Commission des normes du travail et la Commission de la santé et de la sécurité du travail et instituant le Tribunal administratif du travail, L.Q. 2015, c. 15, maintenant *Loi instituant le Tribunal administratif du travail*, RLRQ, c. T-15.1.

Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, RLRQ, c. R-8.2.

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2003, c. 21.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, c. I-8.

Loi sur les normes du travail, RLRQ, c. N-1.1.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q. 1971, c. 48, maintenant RLRQ, c. S-4.2.

Jurisprudence

Québec (Procureur général) c. Confédération des syndicats nationaux (CSN), 2011 QCCA 1247.

Sites internet

- Béland, F. (2013). *L'effectif du réseau, portrait sommaire*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré sur [http:// www.informa.msss.gouv.qc.ca/](http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/)
- FCRSS. (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Repéré sur: http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/What_sailingourNurses-f.pdf
- Gendron, L. (2008). Pénurie d'infirmières: Les solutions d'une experte. *L'Actualité*. Repéré sur <http://www.lactualite.com/sante-et-science/sante/penurie-dinfirmiere-les-solutions-dune-experte/>
- Marleau, D. (2014). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2013-2014. Le Québec et ses régions*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/rapport-statistique-sur-leffectif-infirmier-2013-2014>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Québec - Répartition en pourcentage du budget de dépenses par mission du gouvernement québécois, 2014-2015. Repéré à : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). Mission. Repéré à: <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Banque de données sur les cadres et salariés du réseau de la santé et des services sociaux*. Données produites en avril 2014 par la Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM) du MSSS. Repéré à : <http://www.bdso.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2014). *Système de santé et de services sociaux en bref*. Repéré à: <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Statistique de santé et de bien-être selon le sexe*. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Evolution-du-travail-a-temps-plein-et-a-temps-partiel-selon-le-sexe>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2009). *Regard sur le système de santé et des services sociaux du Québec*. Repéré à: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-731-01F.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères)*. Repéré à: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/repere.pdf>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2012). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2011-2012: Évolution et caractéristiques de l'effectif infirmier*. Repéré sur le site de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec: <http://www.oiq.org/publications/repertoire/portrait-sommaire-de-l-effectif-infirmier-du-quebec-2011-2012>.
- Raymond, G (2010). Heures supplémentaires, des moyens pour agir. Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Repéré à: http://www.figsante.qc.ca/publicfiles/documents/heures-suppl-obligatoires-des-moyens-pour-agir_mars2010_fra.pdf
- Roy, J. (2015). Une infirmière sur deux travaille à temps partiel. *Journal de Montréal*. Repéré sur: <http://www.journaldemontreal.com/2015/03/17/une-infirmiere-sur-deux-travaille-a-temps-partiel>
- Savard, D. (2015). 4223 heures supplémentaires obligatoires au CSSS de Chicoutimi. *Le courrier de Chicoutimi*. Repéré sur: <http://www.courrierdechicoutimi.com/Actualites/2015-03-18/article4081791/4223-heures-supplementaires-obligatoires-au-CSSS-de-Chicoutimi/1>.
- SOQUIJ, éditeur juridique spécialisé en jurisprudence des tribunaux judiciaires et administratifs du Québec. Repéré sur <http://soquij.qc.ca>
- Tessier Dufour, M. & Courchesne, M.-A. (2008). Rôles, tâches, fonctions et responsabilités des soins: Quel en est le portrait en 2008? Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Repéré à: http://www.figsante.qc.ca/publicfiles/documents/A08-CF-I-D7_portrait-taches-fonctions-responsabilites.pdf